



## **”Aktivitet er alt som skjer”**

En studie om sykepleiers erfaringer og tanker om og med bruk av aktivitet  
til beboere i sykehjem



**Solrunn Annie Andreassen**

**Mastergradsoppgave i helsefag**

Institutt for helse – og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2010

## **Mine forventninger til deg**

Jeg forventer av deg:

- at du spør hvem jeg er,
  - I stedet for å bestemme deg ut fra diagnosen min.
- at jeg får fortalt deg hva jeg vil med livet mitt
  - I stedet for at du antar hva jeg kan og vil.

at du vektlegger det jeg er god til

og hjelper meg til å utvikle det

- I stedet for å fylle ut skjemaer med alt jeg ikke kan.

Jeg har drømmer og ønsker,

La meg snuble og feile

- Og hjelp meg med å korrigere kursen.

Du skal fortsatt være stolt over yrket ditt

men du skal vite at det er mitt mål som bestemmer veien vi skal gå sammen

- Og hva du som medgårer skal gjøre.

Kanskje det er på tide å børste støv av FNs menneskerettighetserklæring

og leve etter den.

Alle mennesker er like mye verdt

Torill Heggen Munk (1999)

## FORORD

Lykke er for meg er å oppleve glede. Jeg kjenner en indre glede over å ha fått mulighet til å skrive en mastergradsoppgave. Etter å ha jobbet som aktivitetsleder i noen år ved et kommunalt sykehjem, bestemte jeg meg for å fordype meg i aktivitet ved å starte på Mastergradsstudiet i helsefag. En slik studie kan for meg sammenlignes med å dykke etter mer kunnskap innenfor det jeg liker å jobbe med. Å ta denne dukkert har på mange måter vært en opplevelsesrik reise. Det har vært kronglete, krevende, spennende og ikke minst lærerikt.

Yrhet over at arbeidet har tatt form og igangsatt flere refleksjoner er noe jeg kjenner på. Jeg har fått mange inntrykk underveis, inntrykk som har fått meg til å stoppe opp og undre meg, ”hva er nå dette”? Når jeg i etterkant ser tilbake på arbeidet, så ser jeg at det å være nær i feltet, men likevel stå på sidelinjen, setter min egen for forståelse på prøve. Dette har vært en dukkert som har gitt meg tid og konsentrasjon til å se på feltet med nye øyne.

Kunnskapsrikt og lærerikt har det vært, men også en tidkrevende prosess. Jeg har fått et inngående forhold til materialet og ny kunnskap innen feltet. Dette har vært en gledens jobb som jeg ikke ville vært foruten.

Kjære venner og familie som har oppmuntret meg til å gjennomføre studiet, og til min veileder Astrid Gramstad som har ført meg på rett kurs når jeg trengte det. En spesiell takk til mine gjennomlesere av oppgaven, Anne Berit, Annik & Inger. I tillegg en stor takk til medstudenter som har bidratt med støtte, korreksjon og konstruktive tilbakemeldinger. Og sist men ikke minst, mine informanter som velvillig delte sine erfaringer og tanker med meg. På hjemmebane vil jeg gi en spesiell takk til min mann og våre to barn som forstod at de var mine viktigste støttespillere for at denne mastergradsoppgaven kunne gjennomføres. Hjertelig takk til dere alle sammen.

En reise har tatt slutt, men den er samtidig en begynnelse på et videre arbeid i feltet som jeg er så glad i. Dette er lykke for meg.

Solrunn Annie Andreassen

## **SAMMENDRAG**

### **Bakgrunn for oppgaven**

Studiens empiri er erfaringer og tanker som sykepleiere ved et sykehjem har gjort seg om aktivitet sammen med beboerne.

### **Problemstilling**

Mastergradsoppgavens problemstilling er som følger: ” *Hvilke erfaringer og tanker har sykepleiere som arbeider i sykehjem med aktivitet og aktivitetstilbud* ”?

### **Metode**

Mastergradsoppgaven er basert på kvalitative intervju med fire sykepleiere som jobber i et sykehjem. Med utgangspunkt i intervjuene har jeg drøftet sykepleiernes erfaringer med bruk av aktivitet for eldre, og hvordan de tenker at aktivitet kan brukes i hverdagen. Intervjuene er analysert ved hjelp av Graneheim & Lundmans (2004) artikkel om metode for analyse av kvalitative intervjuer. Analysen er senere hermeneutisk fortolket for å forstå om aktivitet har en sentral plass i sykehjemshverdagen eller ikke.

### **Konklusjon**

Mastergradsarbeidet gir ikke grunnlag for å generalisere funn. Arbeidets mål har vært å få frem hvilke erfaringer og tanker sykepleiere legger til grunn for aktivitet og aktivitetstilbud i sykehjem. Gjennom analyse og fortolkning av empirien er det fire hovedtemaer som løftes frem: *1) sykepleiernes erfaringer og tanker med og om aktivitet i sykehjemshverdagen; 2) sykepleiernes utfordringer i sykehjemshverdagen; 3) sykepleiernes tenking om organisering av sykehjemshverdagen; 4) sykepleiernes tanker om eldrebølgen.*

Disse fire temaene vil bli diskutert i kapittelet presentasjon og drøfting av funn. Sykepleierens evne til å se beboerne og tilby aktiviteter handler om å se mennesket framfor sykdom.

Gjennom tilstedeværelse vil sykepleieren skape trygghet og tillit. Studien drøfter om aktivitet er viet plass i sykehjemshverdagen og på hvilken måte de eldre ivaretas. Sykepleierne har en grunntanke om at aktivitet virker forebyggende, noe som kan ha betydning for deres videre arbeid i sykehjem. Til slutt drøftes betydningen av aktivitet og hva som kan gjøres i en sykehjemshverdag, både i dag og fremtiden.

**Nøkkelord:** aktivitet, sykehjem, sykehjemsbeboere, sykepleiere og ergoterapi.

## **SUMMARY**

### **Background**

The empirical data in this study are nurse's experiences and thoughts from interactions in their work at the nursing home with activity for elderly people.

### **Thesis**

This master study asks the following questions: *“what kinds of experiences and thoughts have nurses who work in nurses' homes about activity and means to offers activity”?*

### **Method**

The master study is based on qualitative research interviews with four nurses working in a nursing home. With the interviews as a starting point, I have discussed experiences with activity for elderly people and how they think that activity can be used in everyday life. The interviews were analyzed with help from Graneheim & Lundmanns (2004) article about methods for analyzing of qualitative interviews. The analysis is later given a hermeneutics explanation to understand if activity has a central place in the nursing home or not.

**Conclusion:** This master study gives none answer to conclude founds. The rationale of this study has been to explore which experiences and thoughts nurses present as their basis to increase their competence in activity and activity in nursing home. Through analyzes and understanding of the empires in this material, there are four themes that I will discuss further in this study: *1) nurses' experience and thoughts with and about activity in nursing home; 2) nurse's challenge in daily living; 3) nurses' thoughts in organization of days in nursing home; 4) nurse's thoughts to the coming elderly wave.* The capability of nurses to see the patient and offer activity is ability to perceive the human instead of diagnosis. To create good moments for the patient the nurses will give the patients security and confidence. The study discusses if activity has a place in daily praxis in nursing home, and with way the elderly people been taking care of. The nurse's thoughts that activity in daily praxis has a positive effect and that activity can have a meaning for their further work in nursing home. Finally the significance of activity and what can be done in an ordinary day in the nursing home, is discussed. This is for today and the future.

**Keywords:** activity, nursing home, nursing home residents, nurses and occupational therapy

## **Innhold**

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikten med oppgaven	1
1.2 Sykehjem som institusjon og arbeidsfelt	3
1.3 Problemstilling	5
1.3.1 Avgrensinger	5
1.3.2 Definisjoner av sentrale begreper	6
1.4 Oppgavens oppbygning	7
<b>2.0 TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET</b>	<b>8</b>
<b>3.0 TEORIETISK FORSTÅELSE</b>	<b>11</b>
3.1 Aktivitetens rolle i menneskets liv	11
3.2 Sykepleie, omsorg og deltagelse	17
<b>4.0 METODE</b>	<b>22</b>
4.1 Hermeneutisk perspektiv	22
4.2 Ulike metoder og kvalitativt intervju	24
4.2.1 Min posisjon i feltet	25
4.2.2 Valg av informanter	26
4.3 Forberedelse og gjennomføring av intervjuene	28
4.3.1 Min forforståelse	30
4.3.2 Fra tale til tekst	31
4.4 Etikk, utfordringer og håndteringer	33
4.5 Analyseprosessen	34
<b>5.0 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN</b>	<b>37</b>
5.1 Sykepleiernes erfaringer og tanker med og om aktivitet og aktivitetstilbud	37
5.1.1 "Aktivitet er alt som skjer"	39
5.1.2 "Å få lov til å delta".	40
5.1.3 "Å få lov til å bestemme selv"	43

<b>5.2 Sykepleiernes utfordringer i sykehjemshverdagen .....</b>	<b>45</b>
5.2.1 ”Det skulle vært mer tid” .....	46
5.2.2 ”Ferdigheter klippes av” .....	48
5.2.3 ”Hva er premissene for vår essensielle eksistens”? .....	50
<b>5.3 Sykepleiernes erfaringer med organisering av sykehjemshverdagen .....</b>	<b>52</b>
5.3.1 ” Vi tar vare på hverandre” .....	52
5.3.2 Felles tenking om rutiner .....	53
5.3.3 Felles tenking om forebygging .....	55
5.3.4 Pårørende som ressurs .....	57
<b>5.4 Sykepleiernes tanker om eldrebølgen .....</b>	<b>58</b>
5.4.1 ”Kallet” .....	59
5.4.2 ”Eldrebølgen” .....	61
5.4.3 Fremtiden.....	62
<b>6.0 REFLEKSJONER OG KONKLUSJON .....</b>	<b>64</b>
<b>7.0 AVSLUTNING .....</b>	<b>68</b>

## Litteraturliste

Figur 1: Min illustrasjon av det nye paradigmet (s.16).

Vedlegg 1: Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en mastergradsoppgave

Vedlegg 2: Samtykke til deltagelse i mastergradsprosjektet

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Kvittering fra Regional Etisk Komité, REK.

Vedlegg 5: Kvittering fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, NSD.

## 1.0 INNLEDNING

I dette kapitlet presenterer jeg først oppgavens tema og hensikt. Videre gir jeg en innføring i hvordan sykehjem er som arbeidsfelt. Så presenterer jeg problemstillingen og deretter en kort begrunnelse for avgrensinger samt begrepsavklaringer i mastergradsoppgaven. Kapitlet avsluttes med en oversikt over oppgavens oppbygging.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikten med oppgaven

I de kommende årene vil en økende andel av Norges befolkning være eldre mennesker. I følge Statistisk sentralbyrå (SSB, 2010), antas det i 2050 å være mellom 1.1 og 1.4 millioner nordmenn over 67 år, og flere enn i dag vil trenge sykehjemsplass. Den demografiske utviklingen vil gi økende etterspørsel etter helsetjenester i sykehjem, og føre til økt belastning på helsepersonell, samt kreve flere helsearbeidere i sykehjemmene. I 2006 la regjeringen frem stortingsmeldingen ” Mestring, muligheter og mening, framtidens omsorgsutfordringer”, også omtalt som ”omsorgsmeldingen” (Helse - og omsorgsdepartementet 2005 - 2006). Hensikten med meldingen er blant annet å organisere sykehjemmene frem mot 2015 med tiltak, eksempelvis at 10 000 nye pleiere skal ansettes i sykehjem. Det skal videre satses på kulturelle, sosiale og aktive tiltak for sykehjemsbeboerne, og det er mange gode lovord om løft som skal utføres i eldreomsorgen og innenfor sykehjem.

Men meldingen virker diffus på meg. Det konkretiseres ikke hvordan målene skal nås i sykehjemmene eller hvordan dette skal organiseres. Videre sier Stortingsmelding nr.25, under punkt 3.4.1 (s.19), at ”*Regjeringen vil undersøke at lovgiverne gir personer med behov for omsorgstjenester rett på sosiale tiltak som bidrar til mest mulig aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre*” (Helse–og omsorgsdepartementet, 2005 - 2006). Det er disse spørsmålene jeg søker svar på i denne mastergradsoppgaven. Det skal videre nevnes at kommunene i Norge ikke er pålagt ved lov å tilby aktivitetstilbud i sykehjem, men likevel ønsker de fleste kommunene at alle beboere skal få mulighet til aktivitet, kulturelle opplevelser og en god alderdom i samsvar med LEON – prinsippet<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> ”LEON – prinsippet står for ”Laveste – Effektive – Omsorgs Nivå”, og er en medisinsk konstruksjon og handler om tilbudene i kommunen. Det øverste og mest ressurskrevende nivå er sykehjem, og som krever å finne alanse, behov og tiltak for den enkelte beboer slik at han blir godt ivaretatt (Handlingsplan for eldreomsorgen, ”Den gode omsorg” 2007 – 2010 s.9).



Innen samfunnsdebatter har det i de siste årene vært mye diskutert hvilke aktivitetstilbud sykehjemsbeboere mottar. Nord, Eilertsen & Bjerkheim (2007) skriver ” - *Vi er i ferd med å forlate sykehjemsepoken. Vi har fått en pleie og omsorgstjeneste som er mindre institusjonspreget og mer boligbasert*” (ibid s.67). Videre skriver Nord, Eilertsen & Bjerkheim (2007): sykehjem skal være både hjem og behandlingsinstitusjon på samme tid, og inneha en dobbeltfunksjon. På den ene siden skal sykehjemmet drive behandling, mens det på den andre siden skal være et hjem der beboerne skal være aktive og deltagende aktører.

Med bakgrunn som ergoterapeut har jeg jobbet i den kommunale eldreomsorgen i fem år. Jeg er ansatt som aktivitetsleder i et kommunalt sykehjem. Min jobb er å tilrettelegge og utføre aktiviteter sammen med beboerne utenfor avdelingene. Det er ikke alle sykehjem som har egne aktivitører eller aktivitetsavdelinger og for disse blir det opp til annet personell å organisere og gjennomføre aktiviteter.

I praksis er det flere pleiegrupper som jobber i sykehjem. Jeg har valgt å forske på sykepleierne fordi de har en sentral plass i sykehjem. Det er ofte de som har det overordnede ansvaret i pleiegruppene. Sykepleiefaget er et selvstendig fag i sykehjem, og det har stor betydning for beboernes helse og beboertilfredshet. Bakgrunnen for mitt valg av tema er at sykepleierne har fått flere utfordringer i forhold til stortingsmeldinger og at det derigjennom stilles økende krav til ivaretagelse av beboerne. De økende utfordringer ligger også i forhold til at beboerne skal tilbydes et fullverdig tilbud med vekt på deltagelse. I tillegg til at antallet eldre har økt, har det også tilkommet flere faglig kompliserte oppgaver med at flere blir diagnostert med demens. Sykepleierens rolle i denne sammenhengen er å være bindeleddet mellom beboeren og sykehjemshverdagen. Jeg ser etter 5 år i min jobb at tross store løfter og målsetninger, har det blitt gjennomført flere økonomiske kutt i kommunen som preger hverdagen i et sykehjem. I denne perioden har jeg blitt interessert i hvilke aktivitetstilbud sykepleierne gir beboerne i avdelingen.

Mitt inntrykk er at beboerne retter seg etter det de ansatte bestemmer for dem, dvs. at de innretter seg etter det autoritetene (pleierne) bestemmer. Årsakene til dette kan være flere, og som Martinsen (2003) og Alsvåg (2004) skriver, har helsevesenet tradisjonelt sett vært preget av en svak paternalistisk holdning der sykepleieren har visst hva som var til beboerens ”beste”. Jeg tror med den innflytelsen sykepleiere har i hverdagen, er det lettere å fokusere på aktivitet som et aktuelt tema i arbeidet med beboerne.

Med dette har jeg undret meg over ”Hva tenker sykepleiere om beboeraktivitet”? ”Hva er de opptatt av i sykehjemshverdagen”? ”Klarer de å ivareta beboerne etter forskriftene”?

Formålet med denne mastergradsoppgaven er å få innsikt i forskjellige aktiviteter gjennom sykepleiernes ”øyne” og hvordan de ser aktivitet i sykehjem. Prosjektet er et forsøk på å belyse hva sykepleierne ser etter når de bedømmer aktivitetstiltak til beboerne. Samtidig er det et forsøk på å synliggjøre andre utfordringer som kan være til hinder for at sykepleierne skal kunne tilby aktivitet. Min hensikt med å forske på dette området er å undersøke om det er mulig å avdekke forhold som har betydning for aktivitetstilbudet for beboerne. I tillegg håper jeg at økt fokus på temaet kan bidra til at aktivitet får større fokus i sykehjemshverdagen.

## **1.2 Sykehjem som institusjon og arbeidsfelt**

Det er cirka 40 000 personer som i dag bor i sykehjem (SSB 2010). Sykehjemmene er underlagt kommunehelsetjenesteloven (Handlingsplan for eldreomsorgen, 2007 – 2010). Det foreligger forskrifter for sykehjem som beskriver krav til drift og beboernes rettigheter. Kommunene velger selv om de vil drive sykehjemmene privat eller kommunalt. Likevel er sykehjemmene underlagt kommunenes ansvar. De er avhengig av hvilke rammebetingelser kommunen gir, samtidig er de avhengig av kommuneøkonomien (ibid).

Beboerne som blir tildelt sykehjems plass er ofte så dårlige at de ikke klarer seg selv hjemme eller med hjemmesykepleie. Selv om sykehjemmet er tilrettelagt for at dette skal bli beboerens nye hjem, kan det ofte være en påkjenning for beboeren og tilpasse seg en ny hverdag. Boforholdene i dagens sykehjem er blitt forbedret de siste tiårene. Nå er 95 % av rommene enerom i de fleste kommuner. Dette har vært en bevisst satsing for å forbedre tilbudet i sykehjemmene (St. meld.25, 2005 – 2006). Beboerne får tildelt et rom på cirka 15 - 20 kvadratmeter med seng, nattbord, lenestol og et bord, samt eget bad. I tillegg kan beboerne bringe med seg egne personlige eiendeler og møbler og innrede rommet sitt slik de ønsker (ibid). Dette er tiltak som skal bedre forholdene så beboeren skal føle seg mest mulig hjemme.

I forskrift for sykehjem er det beskrevet rettigheter som beboerne har i sykehjem (Handlingsplan for eldreomsorgen, 2007 – 2010).

I forskriften står det blant annet at beboerne skal ha adgang til å dyrke egne interesser og forme sin tilværelse slik de ønsker så langt det er forenlig med den medisinske behandlingen. De skal fritt kunne motta besøk og ha frihet til å leve i samsvar med sitt livssyn (ibid).

Sykehjemmet som arbeidsfelt er mangfoldig. Sykepleiernes ansvar strekker seg over flere områder og beboerne tilbys omsorg hele døgnet. Hovedoppgaven til en sykepleier er å utøve pleie og omsorg til alle beboerne ut fra den enkeltes behov. I den daglige turnus deltar de i stell og pleie og utdeling av medisiner. I tillegg har sykepleierne ansvar for å skifte katetre, blodprøvetaking og annen type prøvetakning. Videre skal de behandle og pleie sår, være med på legevisitt, skrive rapporter og holde orden på journaler, prøvesvar, tiltaksplaner og ernæringsplaner. Sykepleierne skal også snakke med pårørende, lage terminalregime for omsorg til døende, stille døde og følge opp pårørende i forbindelse med dødsfall.

I disse arbeidsoppgavene skal sykepleieren ta hensyn til den enkelte beboer. Sykepleieren skal gjennom sin utøvelse i omsorg og pleie gi beboeren tilbud om å være deltagende der det er mulig. Beboeren skal tilbys muligheter til å ivareta sosiale og kroppslige funksjoner og gjennom deltagelse få muligheter til å leve et sosialt og meningsfylt liv (Handlingsplan for eldreomsorgen, 2007 – 2010). Det fremgikk av intervjuene at sykehjem som arbeidsfelt kunne variere fra nokså enkle arbeidsoppgaver til mer avanserte oppgaver. En sykehjemshverdag var ofte preget av fastsatte rutiner og dagene ble lagt opp slikt det passer best for bemanningssituasjon eller vaktplaner, og ofte ikke etter beboernes ønsker eller behov. Det kan virke som en rigid struktur som ikke gir rom for aktiviteter.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkeltes liv og styrke iboende interesser. Videre står det at all sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for beboeren, slik at beboernes ønsker og behov skal vektlegges (Utdannings - forskningsdepartementet, rammeplan for sykepleie 2005). Dette vil jeg trekke frem i drøftingskapitlet.

### 1.3 Problemstilling

På bakgrunn av min egen erfaring ønsket jeg å se nærmere på om aktivitet hadde prioritet i sykehjemshverdagen. Jeg ønsket å undersøke nærmere om sykepleierne hadde erfaringer med aktivitet, og i så fall hvilke tanker de hadde gjort seg om det. Jeg ville basere meg på deres erfaringer fra praksis og hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for å tilby aktivitet. Min problemstilling er som følger:

#### **Hvilke erfaringer og tanker har sykepleiere som arbeider i sykehjem om og med aktivitet og aktivitetstilbud for beboere?**

Problemstillingen søker jeg besvart ved hjelp av faglitteratur, vitenskapsteori, erfaringer og tanker fra sykepleierne, samt egen faglig erfaring og skjønn på fagområdet.

#### 1.3.1 Avgrensinger

Denne mastergradsoppgaven avgrenser jeg til å fokusere på fire sykepleiere fra et større kommunalt sykehjem i en kommune. De fire informantene jobbet ved ulike avdelinger. Jeg vil for å konkretisere problemstillingen, basere meg på informantenes subjektive erfaringer og tanker. Jeg er klar over at temaet aktivitet i sykehjem kan berøre ulike problemstillinger. Imidlertid er hensikten med denne oppgaven å forstå hvilke forutsetninger som bør være tilstedet for å gi sykepleieren et godt grunnlag i vurderingen av aktivitetstilbud. Jeg ønsker å forstå deres ivaretagelse av beboeren ut fra deres praksis. I dette arbeidet vil jeg ha fokus på aktivitet, men også et blikk for de individuelle forskjeller informantene uttrykker med hensyn til erfaringer og tanker. Hovedfokuset for mine forskerspørsmål ligger i spørreskjemaene som jeg benyttet under intervjuene (vedlegg 3).

Sykehjem som institusjon setter ofte begrensninger for hvor mye resurser som avsettes i eldreomsorgen til aktivitet. Dette kan gi utslag som begrenser tidsbruken på de enkelte oppgavene sykepleieren skal utføre og begrense muligheten for å øke kunnskapsnivået. Jeg ser at dette er relevant i utførelsen av sykepleie, men vil konsentrere meg om de tema som fremkommer under analyseringen.

Jeg vil videre se på kommunale planer, Stortingsmeldinger og andre høringer for å vurdere betydning i forhold til å få økt fokus på aktivitet. Ettersom jeg selv er ergoterapeut og intervjuobjektene er sykepleiere, har jeg sett på rammeplanene for begge utdanningene.

Begge utdanningene følger nasjonal rammeplan (Utdannings- og forskningsdepartementet 2004, 2005) og basis i begge Bachelor – gradene er ivaretagelse av beboeren som viktigste mål, både faglig og i praksis. Ut fra disse perspektivene vil jeg avgrense og forholde meg til de temaene som dukker opp i intervjuene. Jeg ikke gå inn på sykdomslære eller de fysiske omgivelsene, selv om det kan ha betydning for å kunne tilby aktivitet. Jeg ser det slik at det faller utenfor min problemstilling.

### 1.3.2 Definisjoner av sentrale begreper

Begrepet beboere vil jeg bevisst bruke istedenfor pasienter. Dette er bestemt fra kommunens side og betegner mennesker som bor i sykehjem og omsorgsboliger. Klassifikasjonen er inndelt slik at som vanlig innbygger betegnes man som borger, er man på sykehus betegnes man som pasient, og hvis man bor i sykehjem eller institusjon betegnes man som beboer (Handlingsplan for eldreomsorgen, 2007 – 2010).

Begrepet aktivitet er stort og det inneholder elementer som trenger en konkretisering.

Aktivitet kan bety mange og ulike ting for forskjellige personer. I 1922 fremla Adolp Meyer (Kielhofner 2001) en definisjon av aktivitet som ergoterapeuter benytter:

*Vi oppfatter mennesket som en organisme, som bevarer sig selv og opretholder balancen i en verden af virkelighet og aktualitet ved at være i aktivt vigør og aktivt brug, dvs. ved at bruge og leve og anvende sit liv i harmoni med sin egen natur og den omgivende natur. Det er den brug, vi gør af os selv, som giver hvert eneste organer det ultimative stempel (ibid s.36).*

Når jeg bruker ordene aktivitet i sykehjem, vektlegger jeg aktiviteter som sykepleiere og beboere utfører sammen. Det kan være dagligdagse aktiviteter slik som samhandling i stell, måltider eller en samtale. Disse aktivitetene trenger ikke være organiserte, men aktiviteter sykepleier og beboer kan gjøre i fellesskap, slik som i stell. Hvis sykepleiere legger til rette for at beboeren kan utføre deler av stellet sitt selv med guiding og hjelp, er det en del av den daglige aktiviteten. Jeg vil betegne alle former for deltagelse som aktivisering. Det kan også betegnes som beboeraktivitet.

Erfaringer blir også sentralt, siden jeg spør konkret hva det er sykepleierne erfarer i sykehjemshverdagen. Erfaring er et nøkkelord for den kyndige, sier Martinsen (2003). Perspektivet en handler ut fra blir ikke ”tenkt ut” eller valgt, men det presenterer seg selv gjennom erfaring. Ut fra erfaringer fra lignende situasjoner gjenkjenner hun situasjonen ”med et blikk” (*intuitive grasp*). Den kyndige, som her er sykepleieren, har en intuitiv forståelse av situasjonen (ibid s.25).

Erfaringsinteresse kan trekkes frem, slik som å ha en moralsk dimensjon der sykepleierne innehar evnen til å forstå beboeren (Nortvedt og Grimen 2004 s.46). Jeg vil også fremheve at når det gjelder å forstå de erfaringene sykepleierne forteller om i intervjuet, vil jeg forsøke å knytte de til teoretiske perspektiver i både ergoterapi og sykepleiefaget.

## **1.4 Oppgavens oppbygning**

I kapittel 2 vil jeg trekke frem tidligere forskning som er gjort i sykehjem og omhandler aktivitet generelt, som har relevans for min problemstilling. Det er relevant forskning som handler om aktivitet og sykehjemsbeboere. Jeg tar også for meg forskning fra studier om hvordan sykepleiere kan jobbe i sykehjem med aktivitet.

I kapittel 3 redegjør jeg for relevant teori knyttet til ergoterapi og aktivitetens rolle i menneskets liv. Deretter vil jeg presentere sykepleie, omsorg og deltagelse sett fra sykepleierteoretisk ståsted.

I kapittel 4 redegjør jeg for metoder for hvordan jeg har tilegnet meg stoffet. Jeg ser på hvilke metodiske valg og overveielser jeg har foretatt i forbindelse med datainnsamlingen, og hvordan min posisjon har vært i feltet. Jeg ser også på mine valg, forberedelser og beskrivelser i gjennomføring av datainnsamling, forskningsetiske betraktninger og databearbeiding. Til sist avrunder jeg med analysen som legger grunnlaget for drøftingen.

I kapittel 5 løfter jeg frem fortellinger og erfaringer som mine informanter har delt med meg. Videre drøfter jeg dette ut fra tidligere forskning og teori. Drøftingen baserer seg på tema som kom frem under intervjuene og senere analysert og hermeneutisk fortolket.

Oppgaven oppsummeres og reflekteres i kapittel 6 og avrundes i kapittel 7.

## 2.0 TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET

I mine søk etter å finne forskning og aktuell bakgrunnsliteratur på området, har jeg benyttet ulike søkebasen og søkeord<sup>2</sup>. Temaet aktivitet i sykehjem er lite belyst i norsk forskning sett fra sykepleiernes ståsted, slik at ble nødvendig å utvide søket til å omfatte også ulike engelskspråklige databaser. Jeg beskriver ikke alle kombinasjoner av søk, bare de resultatene jeg mener har relevans for mastergradsoppgaven.

I Bibsys Ask og Norat fikk jeg opp 12 poster når jeg søkte på ”sykehjem og aktivitet”. De mest interessante artiklene som jeg vil trekke frem er skrevet av Granbo og Helbostad (2006) og Lie (1988). Disse artiklene fokuserer blant annet på hvordan sykehjemsbeboerens behov for bevegelse kunne ivaretas. Eksempler de trekker frem er at beboere i sykehjem har ubrukte ressurser og at sykehjemmet har et ansvar for å vedlikeholde og ivareta disse. Resultatene er basert på observasjoner av langtidsbeboere og ansatte, samt samtaler og intervjuer med personalet. Pleierne kunne observere merkbare endringer som våkenhet, økt oppmerksomhet og tilfredshet. Konklusjonen viser at flere ansatte i sykehjem mener at fokus på aktivitet og være med å tilrettelegge for beboernes deltagelse i aktiviteter vil være av det gode.

Da jeg søkte på ”aktivitet og sykehjemsbeboere/sykepleiere” fant jeg flere interessante artikler. En artikkel er skrevet av Hjort (2002) og den beskriver aktivitet som livsviktig for eldre. Han sier at kroppen og hjernen må brukes, og hjernen liker at kroppen brukes. Hjort mener også at aktivitet reduserer risikoen for å bli dement og aktivitet gir bedre livskvalitet dersom man allerede har en demensdiagnose (ibid). Videre fant jeg en artikkel fra et doktorgradsarbeid av Salling (1990) som omhandler stimulering av beboernes egen - aktivitet og utvikling av aktivitetsterapi. Denne avhandlingen ser på kommunikasjon og motivasjon i relasjonen mellom sykepleiere og beboere basert på aktivitetstilbud. Dette kan være interessant når jeg belyser hvordan sykepleierne erfarer og tenker at aktivitet kan bli en del av sykehjemshverdagen.

---

<sup>2</sup> Gjennom søkerportalen Bibsys Ask, har jeg søkt etter artikler i CINAHL (EBSCO), Cochrane Library, Embase, Medline, Norat, PubMed og SveMed+ i ulike kombinerte søk. Jeg har også brukt Bibsys Ask som et eget søk. Aktuelle norske søkeord har vært: aktivitet, sykehjem, sykehjemsbeboere, sykepleie og ergoterapi i ulike kombinasjoner. Engelske søkeord har vært; Activity, nursing home, nurses home residents, nurses and occupational therapy, også her i ulike kombinasjoner.

Søk etter ”ergoterapi og sykehjem/ occupational thereapy and nursing home” gav 13 poster. Jeg mener den mest interessante artikkelen var Bownell (2008) sin. Han utførte en kvalitativ studie som fokuserte på beboere med demens i sykehjem. Han ville se om det var merkbar forskjell på beboere som fikk tilbud om aktiviteter hos pleierne, og hvordan de i så fall reagerte hvis de ikke mottok noen form for tilbud. Resultat av studien var at dersom sykepleierne ikke la opp til aktivitet i sykehjemshverdagen, ville beboerne bli apatiske og vanskeligere å oppnå kontakt med. Hvis sykepleierne derimot la til rette for aktivitet, kunne beboere bli engasjerte og vise større interesse gjennom hverdagen. Gjennom disse arbeidene viser både Bownell (2008), Hjort (2002) og Salling (1990) i sine studier at aktivitet i sykehjem er viktig med hensyn til beboernes livskvalitet (ibid).

Jeg har også funnet to interessante artikler om eldre skrevet av Delbare (2009) og Healey (2009). Disse beskriver hvor viktig det er at eldre blir tatt med på råd når det gjelder sykehjemshverdagen. Artiklene fokuserer på hvordan sykepleierne tar hensyn til den enkelte beboer og lytter til de eldres ønsker både i forhold til aktivitet og utfoldelse i sykehjemshverdagen (ibid).

Videre gjorde jeg følgende søk i Cochrane Library: ”How can nurses work in nursing home with activity?”. Søket gav 14 treff. Haggstrøm (2009) gjorde en oppdagelse gjennom å intervjuer sykepleiere - idet de fant ut at det forelå en merkbart endret adferd hos beboere som fikk tilbud om aktivitet. Sykepleierne tok beboerne med på råd og lot dem selv bestemme hvor de ville delta og hvilke aktivitetstilbud de ønsket. I etterkant oppdaget sykepleierne at beboerne ble mer selvstendige i påklledning i stell og andre daglige aktiviteter. Deretter observerte de at beboerne med aktivitetstilbud ble mer observante og våkne. De av beboerne som ikke mottok et tilsvarende tilbud, ble raskere sløve, mistet gradvis interessen over seg selv og gradvis mindre deltagende i hverdagslivet.

I følge prosjektplanen min skulle nye søk gjennomføres to måneder før innlevering av mastergradsoppgaven. Disse ble foretatt med samme søkeord og søkekombinasjoner som de første søkene. Jeg fant da to nye artikler som jeg vil inkludere. Den ene er Bergland(2009) som fokuserer på sykepleiernes rolle i sykehjem. Jeg finner at studien viser et godt klinisk blikk og god samhandling med beboerne i dagliglivet var avgjørende for at sykepleierne kunne bidra til å gi beboerne et godt og verdig liv. Hvis sykepleierne ble presset i hverdagen med hensyn til andre gjøremål, ville tilbudet til beboerne bli innskrenket deretter(ibid).



Den andre er studien til Grove et. all (2009) som fokuserte på hvordan sykepleierne erfarte at de gjennom aktivitet kunne fremme livskvaliteten hos personer med demensdiagnose i sykehjem. Studien viser at gjennom planlegging og tilrettelegging for aktivitet i sykehjemshverdagen, ville beboere bli bedre ivaretatt og inkludert samtidig som de ansatte ble mer fornøyde. Både Bergland (2009) og Grove (2009) sine studier viste at sykepleierrollen hadde stor betydning for aktivitet og livskvalitet for beboerne og sykepleierne ønsket mer tid sammen med beboerne.

De studiene som jeg nå har referert til vil jeg bruke som bakgrunnsmateriale og trekke inn i drøftingen. For øvrig finner jeg lite forskning i Norge som omhandler erfaringer og tanker om beboeraktivitet og annen aktivitet på sykehjem.

Det er utført et mangfold av kvalitative og kvantitative studier om beboers opplevelse av det å bli sykehjemsbeboer i Norge. Dette er studier som er utført med beboere og pårørende som informanter. Det er i denne sammenheng påfallende få studier som fokuserer på sykepleieren sin rolle i sykehjem. Når det gjelder aktivitet er det få og ingen studier som besvarer mine forskerspørsmål. Dette ser jeg på som en fordel og en forsterkning når jeg ønsker å sette fokus på aktivitet i sykehjem. Jeg mener derfor min studie vil bli et supplement til tidligere forskning innen dette området.

### 3.0 TEORIETISK FORSTÅELSE

Jeg vil i denne delen av oppgaven gi en innføring i aktivitet, sett fra et ergoterapeutisk perspektiv. I tillegg vil jeg også gi en innføring i omsorg og sykepleie, slik at mine informaners bakgrunn kommer til syne. Teoriene vil jeg videreføre i drøftingsdelen.

#### 3.1 Aktivitetens rolle i menneskets liv

Ergoterapifaget oppsto i USA rundt 1900 – tallet, og var på mange måter en motredaksjon til biomedisinsk tenking. Siden fagets begynnelse har aktivitet stått sentralt og hatt betydning i behandlingsperspektiv til mennesker (Kielhofner 2001, Ness 1997). Pionerene innen ergoterapifaget var mennesker med forskjellig erfaring og yrkesbakgrunn. Felles var deres syn på aktivitet og at aktivitet var et menneskelig behov og et middel for gjenopptrening eller avledning fra sykdom (ibid).

Ergoterapi – eller ”Occupational Therapy” oppsto i USA i begynnelsen av 1900 tallet. Ordet ergoterapi stammer fra det greske ordet *ergazethai*. *Dette kan forstås som virksomhet, verdifull gjerning, aktivitet som verdifull, meningsbærende og behovsdekkende. Perspektivet innebærer et syn der det enkelte persons forståelse og opplevelse av aktivitet er av sentral betydning* (Ness1997 s.4 -5).

Ett av fagets grunnleggere, Psykiateren Adolf Meyer (1866 – 1950) foreslo å anvende ulike beskrivelser av aktivitetsfunksjoner. Han ville legge vekt på ”å bruke opplysninger fra menneskets eget liv, egne ord og sunt folkevett” (Kielhofner 2001). Han aviste den Descartianske<sup>3</sup> delingen av kropp og sjel, og ville fokusere på hele mennesket. I tråd med utviklingen i faget både nasjonalt og internasjonalt, ble Meyers grunnlag videreført i ulike modeller, forskning og praksis.

---

<sup>3</sup> Rene Descartes (1596 – 1650) var en av grunnleggerne av moderne matematisk naturvitenskap. Han forbindes vanligvis med kropp/sjel dualisme, en oppsplitting av menneske i to uavhengige eksisterende substanser. Det ene er kroppen som materie, det andre er kroppen som et ikke – materialet materie. Han er ingen selvstendig teoretiker, men videreutviklet andres teoretikers syn(Thornquist, 2003 s.17 – 19).

Det må nevnes at utviklingen av aktivitet har vært diskutert, tolket og videreført av ulike fagpersoner <sup>4</sup> som har satt sitt preg på utviklingen i ergoterapifaget. Jeg vil i denne mastergradsoppgaven trekke frem en pioner, Gary Kielhofner (USA) og se på hans oppfatninger av utviklingen i faget.

Han er professor i ergoterapi og står bak utviklingen av modellen The Model Of Human Occupation (MoHO)<sup>5</sup>. Han har skrevet flere bøker og artikler der aktivitet har vært et gjennomgående tema som har hatt betydning for ergoterapifaget <sup>6</sup>. Koblingen mellom aktivitet og menneske har alltid vært sentralt i ergoterapifaget, skriver han. Likevel viser historien at ergoterapeuter har hatt ulike begrunnelser for sine tiltak. I profesjonen har for eksempel grunnlagstenkningen om ”at mennesket er av naturen aktivt” og ordspråket ”lediggang er opphav til mye ondt” fungert som overbevisning og tro (Kielhofner 2001 og Ness 2002). Kielhofner skriver at ergoterapi har utviklet seg gjennom filosofiske og epistemologiske epoker. Han tar videre utgangspunkt i at faget har utviklet seg gjennom to paradigmer<sup>7</sup> *aktivitetsparadigme* og *det mekaniske paradigme*. Paradigmeutviklingen har satt preg på faget, slik at et nytt paradigme ennå er i støpeskjeen som jeg vil beskrive nærmere.

Aktivitetsparadigmet oppstod i USA i begynnelsen av 1900 tallet og frem til 1940. Datidens paradigme var preget av på et holistisk syn på enheten psyke/sjel og person/omgivelser. Aktivitet ble også forbundet med menneskets psykiske og fysiske trivsel (Kielhofner 2001). Meyer hentet sine faglige begrunnelser i humanistiske og pragmatisk tenking. I 1922 la han frem kjernebegrepet i aktivitetsparadigmet, i det første nummeret av fagets tidsskrift, *Archives of Occupational Therapy*. Begrepet handler om aktivitetens rolle i menneskets liv (nevnt i 1.3.2 i mastergradsoppgaven).

---

<sup>4</sup> Her i Norge har blant annet Nils Erik Ness, førstelektor i ergoterapi, videreformidlet fagets grunnlag og forståelse. Jeg vil noen steder trekke Ness inn som en sekundærkilde, fordi hans videreføring av faget er av betydning i Norge. Men i hovedsak vil min primære kilde være Kielhofner (2001).

<sup>5</sup> The Model of Human Occupation oversettes til Modell for menneskelig aktivitet i Norge. MoHO fremhever aktiviteter og aktivitetsproblemer som ergoterapeutens faglige kjerne og intervensjonsområdet. Aktivitetsproblemer karakteriseres av menneskets adferd (aktivitetsmønster og aktivitetsutførelse) er endret, og MoHO bidrar til å opprettholde persons helse og livskvalitet etter eks. sykdom eller ulykke (Kielhofner 2001, s.206)

<sup>6</sup> Dansk oversetelse fra Gary Kielhofner, *Conceptual Foundations Of Occupational Therapy*, 2.utgave 1997.

<sup>7</sup> For at et fagområde skal være sammenhengende, må faget ha en felles kultur og en visjon i arbeidet. Paradigmet er en forutsetning til å forstå verden, og uttrykker kjernebegreper og avbilder og bidrar til en kollektiv definisjon av fagets karakter og spennevidde. Imidlertid er ikke paradigme ensbetydende med at det er uforanderlig. Diskusjoner i faget endrer paradigmer, men likevel er paradigmer et område for diskusjoner (Kielhofner 2001, s.96).

Meyer vektlegger bruk av aktivitet som middel og mål i behandlingen. Det er samspillet mellom mennesket, verden, miljøet og aktivitet som er det sentrale for å oppnå positiv effekt (Kielhofner 2001). Dette var den grunnleggende oppfattning av hvordan aktivitetsparadigme skulle fremstå. Videre fokuserte han på fire kjernebegreper som skulle identifisere aktivitetsparadigme:

- Den første antagelsen er relatert til mennesket ved å være aktiv. Aktiviteter betraktes som en vesentlig del av menneskers liv og påvirker menneskers helsetilstand.
- Den andre antagelsen ser aktiviteter som en veksling mellom ulike sett å tenke, å være, og å reagere i hverdagslivet ut fra menneskets liv.
- Den tredje antagelsen bygger på en enhet mellom sjel og kropp, der sjelen sees på som den dominerende delen. Aktivitet er særlig en kraft for opprettholdelse av trivsel, og avgjørende for samspillet kropp og psyke.
- Den fjerde og siste antagelsen, ser på mennesket når det ikke får gjennomført aktivitet. Siden det er av menneskets natur å være engasjert i aktivitet, må det opprettholdes. Hvis ikke vil det skade kropp og sjel hos mennesket, og tap av evner til å fungere i dagliglivet.

(Kielhofner 2001 s. 36-37).

Kielhofner oppsummerer disse fire antagelsene til en tro, der menneskelig verdi ligger høyt i aktivitetsparadigme. Gjennom dette paradigmet skulle mennesker oppnå verdighet ved å fokusere på kropp og sjel i sine omgivelser gjennom forskjellige dagligdagse oppgaver. Ved å anvende aktivitet kunne ergoterapeuten forbedre det indre system, og kompensere for permanente begrensinger gjennom å spille på lag med miljøet (Kielhofner 2001).

I dette ble pasientens dynamiske drivkraft sett på som utgangspunkt for aktivitetsutførelsen. Dette ble sett på som både holistisk og dynamisk <sup>8</sup> (ibid s.40). Som en følge at aktivitetsparadigmet, fikk ergoterapifaget en identitet som verdsatte betydningen av aktivitet i menneskets liv (Kielhofner s.41). Imidlertid endret dette seg da ergoterapifaget ble utsatt for kritikk fra medisinsk hold mot slutten av 1949 – tallet og på 1950 tallet. Kritikken fokuserte på at aktivitetsparadigmet ikke hadde tilstrekkelig med vitenskapelig bakgrunn til å bygge virksomheten på, og det ble oppmuntret til å ta i bruk medisinske ordtrykk og arbeidsmåter.

---

<sup>8</sup> Holisme forbinder og erkjenner forbindelsen mellom kropp og psykisk helse, og betyr helhetlig (Norske synonymer blå ordbok 2007 s.131) Dynamisk er *aktiv, driftig, energisk, foretaksom, impulsiv, virksom, vital*(ibid s.58).

Ergoterapeutenes måte å jobbe på ble betraktet som ”utforskende” og lite teoretiske siden de la grunnlaget på menneskets fysiske kapasitet. Ergoterapeuter tok kritikken på alvor og førte faget nærmere det medisinske faget (Kielhofner 2001 s.41 – 42).

I denne prosessen ble det mekaniske paradigme utviklet. Det nye paradigmet gav ergoterapi en vitenskapelig erkjennelse og akseptert bakgrunn. I dette perspektivet ble kroppen sammenlignet med en maskin som kunne plukkes fra hverandre og bygges sammen igjen uten at det fikk konsekvenser for mennesket. Tenkingen i denne perioden skulle ligge på forholdet årsak – virkning, det vil si at årsaken måtte finnes og analyseres før en satte i gang tiltak (Ness 2002). Konfrontert med et krav om å tenke mer som en lege etablerte ergoterapeuter et nærmere samarbeid med legevitenskapen (Kielhofner 2001). Overgangen fra aktivitetsparadigme og det mekaniske paradigme viste seg i viktig ved at ergoterapeuter fikk en bedre forståelse for hvordan kropp og utførelse henger sammen (ibid s.42).

Men det mekaniske paradigmet som ikke slik som det var tenkt. Ergoterapeuters fundamentale syn på mennesker var endret, og grunnpilaren i faget – aktivitet – førte etter hvert til en identitetskrise. Dermed opplevde ergoterapifaget en krise, og utover 1900 – tallet tok teoretikere til orde for å finne tilbake til hva ergoterapi er og skulle være. Utfordringen for ergoterapifaget var igjen å forankre seg i et syn på mennesket som i større grad synliggjorde behovet for å være i aktivitet (Kielhofner 2001). I denne prosessen kom det mekaniske paradigme til kort med en innsnevret tanke om at fysisk funksjonshemming er et medisinsk problem og alle skal behandles med samme prinsipper. Selv om paradigmet hadde ført til økt kunnskap om menneskets anatomi, måtte ergoterapeuter jobbe med fremste mål at mennesker reagerer forskjellig på sykdom eller skade slik fagets kjerne tilsier (ibid s.48 -50).

Som en følge av krisen begynte ergoterapifaget å vende tilbake til flere av sine opprinnelige temaer for å gjenfinne sin identitet. Nå var faget erstattet av et nytt dybdeorientert syn, og holistisk tenking erstattet reduksjonisme<sup>9</sup> (Kielhofner 2001). Utviklingen og endringen i faget gav grobunn for et nytt paradigme. Det nye paradigmet forsøkte å fange opp det beste av de foregående paradigmene, og diskusjoner har igjen blitt rettet opp mot aktiviteter som mål, begrunnelse og middel slik Kielhofner (2001) beskrev det.

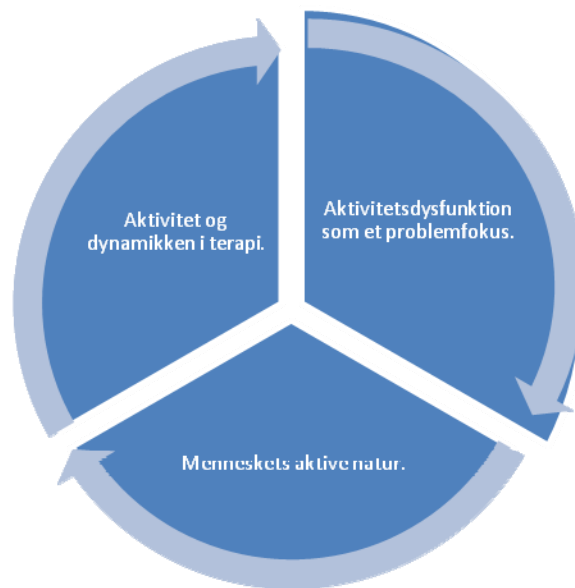
---

<sup>9</sup> Reduksjonisme er en kompleks vitenskapelig holdning, der dens grunnleggende antagelser er at verden er en uhyre stor mekanisme, hvor lover om årsaker og virkning styrer den enkelte (Kielhofner 2001 s.42).

Utviklingen av et nytt paradigme signaliserer derfor ikke en avslutning av aktivitetens formål, men forsterker troen på aktivitet. Denne prosessen endret fokuset på kunnskapsgrunnlaget. Utover 1980 – 1990 tallet ble det foruten MoHO introdusert flere systematiske teorier og modeller med et utgangspunkt at det er en sammenheng mellom mennesket, aktivitet og omgivelsene i relasjon til helse (Kielhofner 2001, Ness 2002). Disse er blant annet Virksomhetsteorien (Fortmeyer og Tanning 1994) og Flowteori (Gerhardsson 1997), Canadian Model of Occupational Performance (CMOP Townsend 1997) og Australian Occupational Performance Model (Chapparo & Ranka 1998) (Kielhofner 2001). I tillegg er det i ferd med å utvikles nye vitenskapelige tradisjoner i ergoterapi. Gjennom forskning blir det sett på samspillet mellom mennesket, aktivitet og omgivelsene, slik som i Bevegelsesvitenskap og Aktivitetsvitenskap (Ness 2002). Dette er vitenskap som viser kroppsfunksjoner i sammenheng med omgivelsene og aktivitet. I de senere år har utviklingen i ergoterapifaget økt i takt med nye modeller og teorier slik nevnt (ibid).

Dagens nye paradigme har ikke blitt navnsatt og ligger fortsatt i støpeskjeen. Men kort oppsummert søker paradigmet og forene det beste ut fra de to foregående paradigmer. Kielhofner (2001) beskriver at det nye paradigme skal utfylle kjernebegreper. Det skal inneha et sentralt synspunkt som avspeiler og bidrar til en kollektiv definisjon av fagets karakter og spennvidde (ibid s.96). Han sier at ergoterapifaget fortsatt skal vektlegge og jobbe målrettet med å se mennesket i interaksjon med dagligdagse oppgaver. Det er menneskets eget potensial og hva terapeuten kan bidra med sammen med mennesket som skal være målet (ibid s.97).

Kielhofner skriver at selv om dagens paradigme fortsatt ligger i støpeskjeen, står fokuset på mennesket sentralt. En stor del av diskusjonen går ut på hva som utgjør kjernen i ergoterapi og aktivitetens sentrale rolle. Slik karakteriserer Kielhofner (2001 s.59) de tre kjernebegrep han mener avspeiler det nye paradigmet:



Fig

ur 1: Mitt illustrasjon for hvordan det nye paradigmet tenkes sammensatt ut fra kjernebegreper, beskrevet fra Kielhofners perspektiv.

I dette nye paradigme ligger kjernebegrepet som belyser menneskets aktive natur, problemer vedrørende aktivitetsdysfunksjon og aktivitet som et sunnhetsmiddel. Det nye paradigme gir en unik måte å betrakte menneskers problemer på, i følge Kielhofner (2001). Det primære fokuset ligger ikke å se på begrensingene i bevegelse, styrke eller motivasjon, men heller se på hva er årsaken til at mennesket opplever en dysfunksjon (ibid s.68). I en slik betraktningssmåte kan ergoterapeuter og andre terapeuter la mennesket selv definere deres problemer og behov. I denne prosessen bør den som behandles være midtpunktet i den terapeutiske prosess.

Det vil være spennende å følge utviklingen av det nye paradigme og se hvilke resultater det vil få for den videre utviklingen av ergoterapifaget. Videre hevder Kielhofner (2001) at det er viktig å studere aktivitet, og han resonnerer det slik ” *eftersom en ergoterapeuts unikke og virkningsfulde verktøj er aktivitet, påhviler det faget og den individuelle terapeut at tilegne sig en dyp og gennemtrængende forståelse af den* ” (ibid s.347).

## 3.2 Sykepleie, omsorg og deltagelse

Sykepleierens ansvar er å yte god omsorg og pleie til mennesker. Omsorgen og pleien skal bygges på barmhjertighet, respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert. (Utdannings – og forskningsdepartementet, sykepleie 2005). I dette ligger føringer om å kunne se beboeren, være tilstedet og vise respekt. Fundamentale plikter beskrives som å vise omsorg for mennesker i alle livsfaser, fra livets begynnelse til livets slutt (ibid).

En pioner som har satt sitt preg på faget i Norge er Kari Martinsen (1943 -). Hun er sykepleier og professor i sykepleiefaget<sup>10</sup>. Hun er en av de fremste teoretikerne innen norsk omsorgstenkning og har gjennom bøker og tekster forsøkt å rette blikket mot hva pleie og omsorg handler om. Hennes tenking kan kalles sykepleiefilosofisk (Alsvåg 2004).

Martinsen beskriver omsorg som et ord vi kjenner fra dagliglivet. Det er forbundet med å hjelpe og ta hånd om. Omsorg har med nestekjærighet å gjøre, å handle mot andre som vi vil andre skal handle mot oss og følelsen av å stå noen nær (Martinsen 2003 s.14). En rekke filosofer har inspirert Martinsen i hennes forfatterskap<sup>11</sup>. Hun ble tidlig påvirket av Karl Marx og av den tyske filosofen Edmund Husserl, som grunnla den moderne fenomenologien. Senere har hun latt seg inspirere av den danske moralfilosofen Uffe Juul Jensen og den tyske fenomenologiske filosof og teolog Knud Løgstups tenking (Kristoffersen 2000). Fra disse inspirasjonskildene har Martinsen (2003) i sine bøker tilegnet omsorgsbegrepet flere kategorier. Hun vektlegger spesielt at mennesker må få leve på sine egne premisser og ønsker, og dette skal sykepleieren se gjennom omsorgsbegrepet (ibid). Dette kan trekkes på lik linje med Kielhofners (2001) meninger om aktivitet, der han ønsker at mennesket skal ivaretas i dagliglivet slik at iboende ressurser får komme beboeren tilgode. Jeg vil derfor trekke noen sentrale dimensjoner om omsorg fra Martinsens omsorgstenking.

Hun sier det slik: *”omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre og hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt dagligliv”* (Martinsen 2003 s.47). Slik vil jeg belyse noen viktige sider i samhandlingen mellom sykepleier og beboer i sykehjem.

---

<sup>10</sup> Jeg velger å bruke Kari Martinsens og hennes bøker om omsorg. I denne mastergradsoppgaven har jeg ofte gått til primærkildene slik som Gary Kielhofner, for da eliminerer jeg muligheten for at andre forfattere har fortolket teksten. Grunnen til at jeg valgte Martinsen som sykepleieteoretisk referanseramme, er at jeg finner hennes tenking relevant for å kunne reflektere over og drøfte de erfaringene sykepleierne har presentert meg knyttet til aktivitet.

<sup>11</sup> Martinsen opplevde i sin studietid at teorier om sykepleie var problematisk å forstå, og hun forsøkte å omformulere disse. Istedenfor fokus på begrepsdefinisjoner og tekniske oppgaver i sykepleie, har hun søkt blikket mot hva egentlig pleie og omsorg handler om (Alsvåg 2004).



Arbeidet i eldreomsorgen er i stor grad preget av grunnleggende sykepleie. Beboere i sykehjem skal kunne bo på egne prinsipper slik at de bestemmer det meste selv (Handlingsplan for eldreomsorgen 2007 – 2010). Noen ganger trenger beboeren hjelp. På sykehjemmet får beboerne omsorg og pleie døgnet rundt, og det foregår i samhandling mellom pleier og beboer. Martinsen (2003) sier at som mennesker er vi anhengige av hverandre, men vi kan selv velge hvor avhengig vi vil være av hverandre (ibid s.47). Forholdet mellom en beboer og en sykepleier vil være viktig for beboeren, både for en forståelse, respekt og deltagelse (Jacobsen 2007).

Et samarbeid er gjerne basert på en felles forståelse for hverandre, og i dette tilfelle mellom sykepleier og beboere. Derfor er det viktig å se personen bak sykdommen hevder Martinsen (2003). Hun sier man alltid huske på at dette mennesket har levd et liv som er spesielt. Det er et levd liv som personen har med seg til tross for funksjonssvik og omsorgen bør baseres på det individuelle mennesket. Hvis man ikke tar hensyn til mennesket, blir omsorgen "uekte" dersom man forsøker å hjelpe en annen uten å anerkjenne personen (ibid).

Beboere i sykehjem har ulike hjelpebehov, men for de fleste vil de trenge hjelp til stell, matsituasjon eller daglig aktivitet. Da er det viktig at beboerne får den hjelpen de trenger for å ivareta deres egne funksjoner. Det kan være gjennom veiledning slik som å stelle seg eller innta mat. Hvis beboerne blir reduserte og "glemmer" slik som å kle på seg, kan være lett å "ta over" beboernes egne funksjoner og utføre jobben. I disse tilfeller vil det ideelle være å bruke god tid og understøtte de utførelsene beboeren greier selv, slik at beboeren bevarer funksjoner så lenge som mulig. I tillegg sier Martinsen (2003) at sykepleieren ikke kan forvente seg å få noe tilbake ved å gi omsorg. Hun mener vi alle kan komme til å trenge omsorg en eller annen gang i livet. For å forstå menneskesynet, må man legge til grunn betydningen av synet på omsorg (ibid s.47). Hun sier det slik:

*Skal omsorg forstås positivt, forutsetter det et kollektivistisk menneskesyn. Det innebærer en frihet, selvstendighet og ansvar man bare får mening i gjennom avhengighetsrelasjoner. Mennesket er ikke selvstendig uten samtidig å være bundet av kollektive sammenhenger, av livsmønstre og tradisjoner som vi har utviklet og som vi tar del av (ibid s.47).*

Omsorgsarbeidet er et uttrykk for generalisert gjensidighet (Martinsen 2003 s.16). For at sykepleier og beboer skal kunne samarbeide, krever det at sykepleieren har innsikt i beboerens liv.

En sykepleier må kunne sette seg inn i hva som er beboerens begrensinger og ressurser. I denne balansegangen ligger det et stort ansvar. Sykepleieren må veksle mellom å være overformynderi i omsorgsdelen, samtidig som hun skal beholde respekten til beboeren.

Den erfarne sykepleier har gjennom erfaringer tilegnet seg evnen til å se situasjonen som en helhet (Martinsen 2003 s.24). Den erfarne sykepleieren er ”eksperten”, og ser ikke bare situasjonen ut fra eget blikk, men også på bakgrunn etter det som føles riktig. Det baserer seg på en tillit mellom sykepleier og beboer (ibid s.25).

Omsorgsmoralen har å gjøre med hvordan sykepleieren velger å bruke denne makten, noe også min empiri illustrerer. I denne omsorgsmoralske handling forpliktes å handle slik at den svake får muligheten til å leve sitt liv på best mulig måte. Martinsen (2003) skriver at i alle relasjoner inngår det makt. Å utøve god omsorg har med forståelse å gjøre, det vil si hvordan sykepleierne kan tilrettelegge for aktivitet i sykehjemshverdagen. Sykepleiers utfordringer i sykehjemshverdagen belyser noe av dette og dette blir gjort til gjenstand for mine drøftinger. Pleie og omsorg forutsetter en god relasjon mellom sykepleier og beboer slik tidligere nevnt.

I et forhold mellom sykepleier og beboer, må det være to forutsetninger til stedet sier Martinsen (2005). Det ene er en autoritetsstruktur hvor sykepleieren innehar de nødvendige kunnskaper som mennesket ikke har. Det andre er en svak paternalisme sammen med prinsippet om menneskers autonomi<sup>12</sup>. *”Vi stilles egentlig overfor to valgmuligheter: enten å ta vare på hverandre eller å bryte ned tillitsforholdet”* sier Martinsen (2005). I en autoritetsstruktur handler sykepleieren ut fra de kunnskaper hun besitter samtidig som hun ivaretar beboerens autonomi. Det vil si at alle handlinger som kommer til pasientens beste, er handlinger som gjøres i beste mening og som pasienten trekkes inn i forhold til egen pleie. Og det forutsetter at sykepleieren er villig til å sette seg inn i pasientens situasjon (ibid s.144 - 146).

Når jeg her trekker inn autoritetsstruktur, er det ofte fordi sykepleieren har bedre innsikt i beboerens helse enn kanskje beboeren selv har. En sykehjemsbeboer kan gjerne ha flere sykdommer og redusert helse og da kan det være vanskelig for beboeren ”å vite” sitt eget beste. I denne sammenheng blir sykepleieren autoritetspersonen og handler til beboerens beste.

---

<sup>12</sup> Utgangspunkt for all medisinsk behandling er at det er pasientens selv som bestemmer om han vil ha behandling eller ikke. Det er ingen rettsplikt å la seg behandle, eller oppsøke lege om man er syk (Helse – og omsorgsdepartementet, Pasientrettighetsloven § 4-1)

I en sykehjemshverdag er det ofte sykepleierne som hjelper til med å legge til rette for at beboeren skal ha det bra. Når det kommer til paternalisme<sup>13</sup> kaller Martinsen (2005) det for svak paternalisme. Hun begrunner det med at mange mennesker trenger et lite ”puff” for å komme i gang. Dette ”puffet” kan sykepleieren hjelpe med. En sykepleiers forutsetninger for å drive svak paternalisme er nettopp for at hun ønsker at beboeren skal få tilbud og fordi hun tror det er til beboerens beste (Martinsen 2005 s.146 – 147).

Å utøve god omsorg har med forståelsen å gjøre, det vil si hvordan sykepleieren kan tilrettelegge for aktivitet i sykehjemshverdagen. Sykepleiers erfaringer belyser utøvelser i omsorg, som igjen blir gjort til gjenstand for mine drøftinger. Den erfarne sykepleieren er ikke bare ekspert, som ser beboeren gjennom blikk, men også den autoritetspersonen som innehar kunnskaper fra sykepleiestudiet og praksis. Jeg vil derfor i forhold til Martinsen, trekke inn relasjoner til Molanders bok ”Kunnskap i handling” (1996).

En sykepleier opparbeider seg kunnskaper i samhandling med beboerne. Kunnskaper gjenspeiler seg gjennom hvordan sykepleieren utøver omsorg og pleie. Erfaringer har sykepleieren opparbeidet seg gjennom praksis, og det er ikke en kunnskap<sup>14</sup> som står i noen lærebøker. Likevel vet sykepleieren hva som vil være riktig og viktig omsorg og pleie i daglig omgang med beboerne i følge Molander (1996). Dette er en erfaren praktiker, sier han. Denne erfarne praktiker, som her er sykepleieren, har tilegnet seg kunnskaper fra praksis og kan anvende dem til beboerens beste (ibid). Disse praktiske egenskapene kommer til syne hos sykepleieren gjennom å være sammen med beboeren, et faglig felles fellesskap på arbeidsstedet og sykepleiutdannelse.

Molander (1996) har i boken diskutert flere utfordringer i forhold til den praktiske kunnskapen til yrkesutøvere. Jeg vil ikke gå videre inn på praktisk kunnskap for det ligger utenfor mitt felt, men jeg synes det er relevant å trekke inn en forståelse for sykepleiernes praksis. Denne forståelse ligger i øyet og blikket, og den kunnskapen det ligger i å se beboeren i sykehjemshverdagen.

---

<sup>13</sup> En autoritetskultur som bygger på en svak paternalisme, forutsetter at sykepleieren har en faglig kunnen som pasienter ikke har og at hun i en vanskelig situasjon er fordret til å ta en avgjørelse, men ut fra et engasjement og en sensitivitet om å gagne den enkelte pasient mest mulig (Martinsen 2005 s.147).

<sup>14</sup> Den praktiske kunnskapen blir sett på som mindre verdifull enn den teoretiske kunnskapen. I følge den vestlige vitenskapen og filosofi er ikke den praktiske kunnskapen nok synliggjort i nåtidens kunnskapsteori, dermed blir vitenskapen basert på videreføring fra mester til den uerfarne utøver (Molander 1996 s.9).

I bøker og undervisning trekker Martinsen (2000) frem fortellingen om den barmhjertige samaritan for å si noe om omsorg, solidaritet og fellesskap. Hun forteller det er to verdier knyttet til omsorg. For det første oppfordrer hun til og ikke gå forbi den forslåtte mannen i veikanten. Vi gir den hjelpen som kreves uten å vente noe i gjengjeld. Men vi må også prøve å være ”politisk samaritan”. Vi må stille spørsmålene: Hvordan kan det være at mennesker blir overfalt på en vei, og hva skal man gjøre for å hindre at mennesker blir overfalt? Da står du ikke over den enkelte. Da er nestekjærligheten nedskrevet og du handler på andres vegner (ibid)<sup>15</sup>.

I sykehjemshverdagen er det nødvendig at sykepleierne har teoretisk kunnskap for å kunne sette seg inn i beboernes behov. Sykepleieren må kunne trekke sammenhenger mellom omsorg, pleie og daglig aktivitet for å kunne tilby beboeren et helhetlig tilbud. Når et menneske går fra en borger til sykehjemsbeboer, blir det en del av sykepleiers oppgaver å tilrettelegge for en god hverdag som gir beboeren mening (Jacobsen 2007). Aktivitet sett ut fra et ergoterapeutisk perspektiv og omsorg av beboeren fra sykepleierens side vil jeg komme nærmere inn på i drøftingsdelen. Men for å utøve god praksis, kan en barmhjertelig samaritan være et forbilde for både ergoterapeuten og sykepleieren.

I dette kapittelet har jeg nærmet meg en forståelse av ergoterapi og sykepleierfaget. Jeg har kommet inn på ulike måter å forstå aktivitet og omsorg på, og hvilke forutsetninger som bør ligge tilstedet i arbeidet med beboerne. På den ene siden kan praksis sees på som den beste måten å tilegne seg kunnskaper i feltet, og gjennom erfaringer og tanker se hva som er det beste for beboerne. På den andre siden er det et spørsmål om aktivitet blir benyttet og hvilke forhold som må ligge til grunne for gjennomførelse. Da er det et spørsmål om målsetninger og skriftlige dokumenter som skal sørge for at beboeren får det han har krav på blir fulgt opp.

Jeg vil i fortsettelsen av oppgaven trekke inn overnevnte teori. Det jeg er ute etter er å se om aktiviteter er tenkt og brukt i sykehjemshverdagen, og hva sykepleierne vektlegger som viktig. Det er dette jeg søker svar på i mine forskerspørsmål.

---

<sup>15</sup> Fortellingen om den barmhjertelige samaritan er i helsevesenet historie blitt brukt som et eksempel i fortellinger som har forbildefunksjon for flere av fagets prosesser. Den er blitt sett på som en grunnfortelling i omsorgsetikk og hvordan man møter mennesker i ulike relasjoner (Martinsen 2000 s.16 og s.44).

## 4.0 METODE

Problemstillingen for denne mastergradsstudien er som tidligere nevnt: *"Hvilke erfaringer og tanker har sykepleiere med og om aktivitet og aktivitetstilbud"*?

For å finne svar på problemstillingen var det således hensiktsmessig å velge et perspektiv hvor begreper som innsikt, forståelse og fortolkning er sentralt. Jeg er interessert å se hva som fremkommer som synlige i sykepleiernes erfaringer. Og jeg ønsker å rette blikket mot hvilke faktorer som kan være avgjørende for å gi beboerne aktivitetstilbud.

Derfor vil jeg først i metodedelen redegjøre for hermeneutisk perspektiv og ulike metoder i søken etter mine svar. Siden jeg er interessert i å forstå hvordan aktivitet blir tenkt og bruk, var det viktig for meg å finne riktig verktøy som kunne gi meg utfyllende svar. Etter gjennomgang av ulike metoder falt valget på kvalitativ intervju. Kvalitativ forskning søker å oppnå en forståelse av sosiale fenomen og rette seg mot en meningsdimensjon sier Thagaard (2009). En sentral forutsetning i et forskningsprosjekt er at forskeren ser seg selv som et forskningsinstrument. Derfor ser jeg på valg av informanter og min posisjon i feltet. I denne mastergradsoppgaven er det jeg selv som har innhentet det jeg trenger av materialet og som legger grunnlag for min analyse.

I del to av metoden ser jeg på forberedelser og gjennomføring av intervjuene. Jeg ser i tillegg på min egen forforståelse, hvordan transkribere, etikk, håndtering og til slutt analyseringsprosessen. Dette er emner jeg vil komme nærmere inn på i dette kapittelet, fordi i en forskningsprosess møter man mange utfordringer.

### 4.1 Hermeneutisk perspektiv

Jeg har valgt en hermeneutisk tilnærming i mitt arbeid. I og med at det er jeg som tolker informantenes utsagn tar jeg i bruk en hermeneutisk metode. Jeg er ute etter en dypere forståelse av hvilke erfaringer og tanker sykepleierne har i sykehjemshverdagen. Beskrivelser av hvordan jeg tolket det skriftlige materialet vil jeg komme inn på i avsnitt 4.5. Det handler om å finne mening i sykepleiernes fortellinger som kan kaste lys over min forståelse av deres arbeidshverdag.

Hermeneutikk omtales som fortolkningslære og knyttes til spørsmålene forståelse og fortolkning<sup>16</sup> (Thornquist 2003 ). Fokuset i hermeneutikken har endret seg gjennom tidene og ulike teoretikere har satt preg på faget<sup>17</sup>. Først konsentrerte hermeneutikken seg på tolkninger av bibelske og juridiske tekster. I vårt moderne samfunn legges det vekt på tekster som kan fortolkes uten å være avhengig av forfatteren (ibid s.15). Den hermeneutiske tolkningen søker kunnskap gjennom menneskelige handlinger, ytringer og språk. I fortolkningen legges det vekt på å fokusere på et dypere meningsforhold enn det som umiddelbart kommer frem.

Det legges vekt på at fenomener kan tolkes på flere nivåer og at det ikke finnes en egentlig sannhet. Ved å se helheten og delene sammen med egen forforståelse, og deretter pendle mellom de ulike perspektiver, tas den hermeneutiske spiralen i bruk. Spiralen indikerer at tolkningen aldri tar slutt. I følge hermeneutikken beveger all forståelse seg i en hermeneutisk sirkel (helhet - del) eller spiral, der nye runder med fortolkning fører til ny forståelse<sup>18</sup> (Thornquist 2003). I denne prosessen vil jeg prøve å få en forståelse av hvordan mine informanter opplever bruk.

Min metode i mastergradsoppgaven er intervju (se punkt 4.2) Slik at den hermeneutiske tilnærmingen handler om møtet mellom forsker og informant og i etterkant det transkriberte materialet. Jeg ba mine informanter fortelle om sine erfaringer og tanker så bredt som mulig for å kunne utforske fenomenet aktivitet. På denne måten prøver jeg å forstå deres verden slik den opplevelsesmessig fremtrer. Det er deres utsagn som er grunnlaget for å bringe temaet videre.

---

<sup>16</sup> Når det gjelder ordet hermeneutikk, er det noen som trekker linjer til den greske guden Hermes og det greske ordet *hermeneuin* som betyr å forstå, fortolke, utlegge, tyde (Thornquist 2003 s.139).

<sup>17</sup> De mest kjente hermeneutikere er Fredrick Schleimacher (1768 - 1834), Wilhelm Dilthey (1833 – 1911), Martin Heidegger (1889 – 1976), Hans – Georg Gadamer (1900 – 2002) og Paul Ricoeur (1913-) (Thornquist 2003 s.15).

<sup>18</sup> Selve sirkelbegrepet er kritisert. Det gir assosiasjoner til repetisjon, til at noe gjentar seg på nøyaktig samme måte. Spiral derimot, antyder en videre *bevegelse* og en ikke kommer tilbake til samme sted (Thornquist 2003 s.143). Jeg velger derfor å bruke hermeneutisk spiral. Det er også fordi at i min logiske oppfatning av begrepet er det ingen faste holdepunkter så utgangspunktet kan bli forskjellig fra gang til gang. Derfor tolker jeg at nye ideer og utvikling kan finne sted etter nye runder og man kommer aldri tilbake til tidligere forståelse.

## 4.2 Ulike metoder og kvalitativt intervju

Det er undersøkelsens hensikt som bestemmer hvilken fremgangsmåte eller metode som kan anvendes for å komme frem til hensiktsmessige og relevante data (Kvale 2009 og Ryen 2002). Dette prosjektet har som overordnet hensikt å undersøke hvordan sykepleiere erfarer og tenker omkring bruk av aktivitet i sykehjem. Videre vil temaet belyses ut fra sykepleiernes egne synspunkter og utsagn om arbeidshverdagen i sykehjemmet.

De studiene jeg har presentert innledningsvis (Bergland 2009, Bownell 2008, Delbare 2009, Granbo og Helbostad 2006, Grove 2009, Haggstrøm 2009, Healey 2009, Hjort 2002, Lie 1998 og Salling 1990) er alle basert både på kvalitative og kvantitative metoder.

Den kvantitative metoden tar sikte på å forme den informasjonen som fremkommer, til enheter som lar seg tallfeste eller måle. Denne metoden er den mest brukte innenfor vitenskapelig forskning, men egner seg dårlig når hensikten er forståelse og fortolkning av subjektive meninger og opplevelser. Den kvalitative metoden tar imidlertid sikte på å fange opp subjektive meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Thornquist, 2003). Den fokuserer på naturlige data som innhentes ved observasjon eller intervju for og få frem aktørenes egne meninger og perspektiv. Et overordnet mål er å finne forståelse for et fenomen som er knyttet til personens sosiale virkelighet sier Dalen (2004). Dette er et hovedpunkt i mitt prosjekt.

Jeg kunne ha vurdert kvantitativ metode og spørreskjema. Da hadde jeg fått ut kvantitative data som senere kunne vært brukt som grunnlag for en senere kvalitativ studie. Dette kunne vært interessant, men på grunn av snever tidsramme har jeg valgt å gjøre kvalitative intervju med få informanter og heller gå i dybden med å studere deres erfaringer, tanker og utsagn. Ved å tilnærme meg problemstillingen på denne måten kan jeg studere hva mine informanter vektlegger og ser betydning av i sykehjemshverdagen. På bakgrunn av dette har jeg foretatt en kvalitativ studie med vekt på kvalitativ forskningsintervju.

Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonens side. Dette beskrives av flere forfattere (Dahlberg, Drew & Nystrøm 2001, Kvale 2009, Ryen 2002 og Thagaard 2009). *"If you want to know how people understand their world and life, why not talk to them?"* sier blant annet Dahlberg, Drew & Nystrøm (2001 s.154).

Det kvalitative forskningsintervju er en profesjonell samtale som søker å få fram refleksjoner over hva "virkeligheten" er. I forskningsintervjuet bestemmer forskeren temaer som også følges opp uavhengig av intervjupersonenes svar på spørsmålene. I et forskningsintervju ligger det et fortolkningsperspektiv til hvordan forskeren kan fremskaffe relevant og gyldig vitenskapelig kunnskap om et tema. Fortolkningsperspektivet og det overordnede vitenskapsteoretiske perspektiv må harmonere og bygge på grunnleggende antagelser om virkeligheten (Kvale 2009).

Fordelen med å benytte intervju som metode, er at jeg kan få innsikt i hvordan sykepleierne opplever sin rolle i sykehjemshverdagen, og hvordan de tar ansvaret for å legge til rette for aktivitet. Det å kunne snakke med hverandre er en grunnleggende menneskelig måte å dele informasjon på sier Kvale (2009). Det finnes mange former for samtaler, fra den hverdagslige småprat til den faglige konversasjonen (ibid). Gjennom et intervju kan man gå mer i dybden og kanskje få frem ny kunnskap. "*Booth interviewer and interviewee should understand the phenomenon better as a result of the interview*" (Dahlberg, Drew & Nyström 2001 s.155). Det vil si at intervju kan åpne for en ny innsikt i problemstillingen. Jeg ønsker derfor at intervjuene med informantene gir meg tilgang på deres erfaringer og tanker om aktivitet.

#### 4.2.1 Min posisjon i feltet

Mitt utgangspunkt for prosjektet er at jeg jobber i sykehjem med eldre og aktiviteter. Temaet aktivitet ble valgt fordi det er et interessefelt fra min side, og en del av min daglige jobb som aktivitetsleder.

Jeg vurderte i første omgang å utføre forskningen på min egen arbeidsplass. Dette syntes jeg ble problematisk. Alle kjenner meg der og jeg tror min rolle som aktivitetsleder kunne bli brukt mot meg i mine forskerspørsmål. For det andre er fenomenet kulturblindhet aktuelt, det vil si at man se seg blind i egen kultur når man forsker i eget felt. Paulgaard (1997) har skrevet om det å forske i eget felt. Hun hevder at det er umåtelig vanskelig å oppnå en analytisk distanse for den som studerer eget samfunn, samtidig som hun hevder at det nærmest er umulig å forstå fremmede kulturer (ibid s.71).



Kulturbblindhet vil jeg tolke slik: forskeren har en posisjon innenfra når det gjelder forståelse og kjennskap til kulturen. Det kan være vanskelig å være nøytral når forskeren gjør feltarbeid ”hjemme”, og en utfordring når forskeren skal redegjøre for hva hans oppgave er. Jeg vil tro det kan bli en utfordring å se det opplagte. På bakgrunn av dette var det avgjørende for meg å velge et annet sykehjem å utføre forskningen i.

Jeg utførte forskningen i et større sykehjem i kommunen jeg skriver fra. Jeg hadde diskutert under prosjektbeskrivelsen med min veileder om jeg skulle velge flere sykehjem. Men av hensyn til tid og fordi dette sykehjemmet ble betraktet som en stor arbeidsplass, ble forskningen lagt kun til et sykehjem. Fordelen med å velge et annet sykehjem var at jeg kjente ikke til personellet eller til sykehjemmets rutiner. Det ville derfor være lettere for meg å være forsker og ikke den fagpersonen jeg ellers er i dagliglivet. Forskeren kan inngå i en nærhet til praksisfeltet, men samtidig ha en frihet til og ikke gå inn i maktstrukturen (Malterud 2003). Det er denne distansen jeg ønsker selv om jeg er nær i feltet i valg av tema.

#### **4.2.2 Valg av informanter**

Jeg valgte en annen yrkesgruppe enn min egen fordi det er få ergoterapeuter som jobber i sykehjem i den aktuelle kommunen jeg skriver i fra. Valget av sykepleiere ble derfor gjort i forhold til hva som var realistisk for å kunne gjennomføre denne studien. Det var viktig for meg å finne informanter som hadde erfaringskunnskap med å jobbe med eldre i sykehjem. Dette kalles for et strategisk utvalg av informanter, skriver Malterud (2003 s.59 – 60). Jeg satte ingen rammebetingelser over hvor lang tid sykepleieren måtte ha arbeidet som sykepleie. Jeg stilte istedenfor et kriterium om at informantene måtte ha minst to års praksis med eldre. Fordelen med arbeidserfaring er at de har tilegnet seg praktiske kunnskaper og erfaringer jeg ønsker å ta del i. Ulempen er at hvis de har opparbeidet seg erfaring over mange år, kan enkelte ting bli tatt for gitt og det kan bli vanskelig å se hvilke behov beboerne har. Hvis jeg hadde satt kriteriet nyutdannet og kort erfaring fra sykehjem, ville det kanskje ført til et ”friskere” blikk og en annen årvåkenhet enn hos de med lengre erfaring. Yrkeskunnskap man søker fins hos utøveren selv, sier Molander (1996). Det er en kunnskap og forståelse informanten allerede har (ibid s.103).

For meg var det viktig at informantene hadde en viss erfaring fra sykehjem og rukket og opparbeidet seg kunnskap. Jeg tror at med kriteriet to års erfaring vil informantene stille godt til å kunne reflektere over hva de legger i aktivitet sammens med beboerne.

For å få informanter kontaktet jeg en enhetsleder ved et sykehjem for samarbeid, noe personen var meget positivt til. Jeg fikk godkjennelse fra ledelsen og ble satt i kontakt med flere avdelingsledere fra ulike avdelinger. Disse fikk tilsendt informasjon om prosjektet (se vedlegg 1) og mottok samtidig samtykkeerklæring (se vedlegg 2). I kvalitativ metode trekker ikke forskeren ut et utvalg. Informanter som skal være med i undersøkelsen blir *vervet* eller *rekruttert* på en eller annen måte (Kvale 2009).

I informasjon vektla jeg å få informanter som var engasjerte og kunne svare utfyllende på forskerspørsmålet. Jeg fikk svar fra fire avdelingsledere. To avdelingsledere hadde forespurt flere sykepleiere fra sine avdelinger. Derfra fikk jeg to positive svar fra sykepleiere som ønsket å delta. De to andre avdelingslederne ønsket å selv bli intervjuet siden de i tillegg jobbet i avdelingene som sykepleiere. Det syntes jeg var uproblematisk fordi de hadde lang erfaring fra eldreomsorgen og samtidig et ønske om å bidra i prosjektet.

Det tok lengre tid å få tilbakemelding fra de to avdelingslederne som forespurte i avdelingene. Jeg tok derfor kontakt og purret en gang. Etter purringen ble jeg kontakt av to informanter. Jeg ventet for å se om flere ønsket å delta, men det kom ingen flere forespørsler. Totalt fikk jeg fire informanter til studien. Etter førstegangskontakt pr. telefon, ble samtykkeerklæringen (vedlegg 2) returnert til meg. Jeg la ved egen frankert konvolutt, med mitt navn og adresse på, som informantene fikk hos sine overordnede etter forespørsel. Ønsket var at de ikke skulle ha økonomisk utlegg og bryderi med å delta i prosjektet.

Jeg hadde i prosjektplanen forespeilet meg fire informanter, for å bevare anonymiteten for utvalget. Det med hensyn at informantene kom fra samme sykehjem. Alle fire informantene jobbet ved ulike avdelinger i ulike deler av bygget. Dette var avdelinger som enten var somatiske eller avdelinger med både somatiske problemer og demenssykdommer. Denne plasseringen gjorde at jeg fikk et materiale som hadde noen ulikheter i miljø og ulik tilgang på samhandling med beboerne. Dette kan være med å gi variasjon i materialet.

Jeg ser det slik at sykepleierne er fagpersoner som kan gi oppriktige svar i prosjektet og ikke minst vurdere hva beboerne trenger. For å få eksplisitt kunnskap om aktivitet, mener jeg sykepleieren er de er rette fagpersoner i sykehjemmet som kan gi meg de svarene. Jeg ser at fokuset i innsaling av data kan ha flere perspektiver. Jeg kunne ha vurdert et beboerperspektiv.

Beboerne er egentlige den riktige kilden for å forske på hvilke aktivitetstilbud beboerne vektlegger og ønsker. I dette prosjektet var det ikke aktuelt å intervju beboerne. Beboerne kan ha ulike funksjonshemninger og diagnoser slik som demens, og i sistnevntes sammenheng vil det være vanskelig å få adekvate svar. En annen interessant kilde kunne vært pårørende. Men jeg ser det slik at siden de ikke bor i sykehjemmet, vil deres svar være annenhåndssopplysninger. Jeg valgte derfor å intervju sykepleiere som jobber i sykehjem med de forutsetninger at de har minst to års erfaring.

### **4.3 Forberedelse og gjennomføring av intervjuene**

I forkant av intervjuene hadde jeg formulert en intervjuguide med alle de spørsmålene som jeg ønsket svar og som jeg anså dekkende for mitt forskerspørsmål (se vedlegg 3). Som en forberedelse hadde jeg planlagt å ”prøveintervjuet” en tidligere kollega. Dette utgikk imidlertid fordi denne kollegaen ikke hadde kjennskap til det aktuelle feltet. Etter samtale med veileder ble vi enige om at det beste antageligvis bare ville være å starte opp.

Etter at informantene hadde levert sine samtykker til deltagelse, kontaktet jeg dem via telefon får og avtale tid til intervju. Jeg foreslo noen datoer til dem, men informerte muntlig om at de kunne velge tid og sted for intervju. Jeg spurte også om de ville komme til min arbeidsplass istedenfor å bli intervjuet på sin egen, ettersom dette ville være et mer nøytralt sted. Alle de fire informantene syntes at det var mest hensiktsmessig at jeg kom til deres arbeidsplass siden intervjuene skulle gjennomføres i arbeidstiden.

En refleksjon jeg gjorde meg før intervjuene var at informantene kunne finne det lettere å dele sensitive fortellinger om hendelser fra arbeidsstedet som skulle vært gjort annerledes, og som blir tatt opp med meg istedenfor ledelsen. Dette har jeg erfaring med fra et tidligere studentprosjekt, og jeg ville finne det vanskelig om jeg skulle komme i samme situasjon på nytt. På bakgrunn av dette ble det viktig å avklare min rolle i forkant. Det ble presisert at jeg ikke har myndighet til å bringe aktuelle temaer videre og at jeg ikke kunne påta meg ansvar for å løse eksempelvis arbeidskonflikter.

For å kunne produsere kunnskap valgte jeg å intervju en og en informant. Ønsket var at informanten på denne måten ville bli mer personlig og reflektert, uten påvirkning fra andre.

Dette kunne blitt et problem dersom det hadde vært flere tilstedet på samme tid. Jeg tror at det er lettere å dele svar, og oppnå gyldige og pålitelige opplysninger når det bare er to til stede.

I det første intervjuet ble jeg veldig knyttet til spørsmålene, noterte mye og fulgte med at alle spørsmålene ble besvart. Da jeg kom til siste intervju, var jeg derimot tryggere og mer avslappet. Jeg hadde bedre øyekontakt og kunne konsentrere meg mer om informanten. Årsaken mener jeg er fordi jeg da hadde opparbeidet meg en erfaring og slappet mer av. Likevel er det viktig å påpeke at intervjuguiden var en god støtte for meg som intervjuer. I og med at et kvalitativt intervju omfatter personlige temaer som krever at informanten ”åpner” seg, må jeg være konsentrerende og lyttende. Det er i følge Kvale (2009) viktig med intervjukvalitet<sup>19</sup>. Jeg erfarte at det var viktig med en god intervjuguide. Det var også viktig for meg å stille spørsmålene som på en måte som *inviterte* informanten til å reflektere over spørsmålene. Belønningen for å legge ned mye tid og energi i intervjuguiden, var at jeg følte jeg fikk utfyllende data og levende beskrivelser av aktivitet.

Å møte informantene på deres egen jobbarena er spesielt fordi aktuelle arbeidsplass var ukjent for meg, men kjent for dem. Jeg opplevde at informantene følte seg hjemme og at de slappet av og samtidig tok styring på tiden. Jeg vil derfor gå tilbake til Paulgaard (1997) som jeg nevnte tidligere, angående å inneha en innefra posisjon og en utenfra posisjon. Hun forteller om da hun gjorde en studie i hennes fødeby Honningsvåg. Da opplevde hun at studentene hadde en innenfraposisjon mens hun inntok en utenfraposisjon, selv om hun var derfra. Hun beretter det slik at en person med innefra posisjon, er en som kjenner sitt samfunn. En som har en utenfra posisjon, kjenner ikke miljøet og retter oppmerksomheten sin mot situasjonen og ser andre ting som den med innefra posisjon tar som en selvfølge (ibid).

Jeg vil derfor kort trekke noen paralleller i mine møter med informantene. Jeg opplevde blant annet da vi avtalte tid for intervjuene per telefon, tok sykepleierne kontroll slik som å booke rom. Når jeg kom til arbeidsplassen, serverte de kaffe og behandlet meg som en gjest. Jeg følte at jeg inntok en utenfraposisjon, fordi arbeidsstedet og informantene var ukjente for meg. Men med min bakgrunn i sykehjem og opparbeidet erfaring, gjorde at jeg har kjennskap til hvordan et sykehjem er organisert, og dermed følte jeg en innenfraposisjon.

---

<sup>19</sup> Kvaliteten på det originale intervjuet er avgjørende for kvaliteten på den senere analyseringen. Det forutsetter at intervjueren vet hva han eller hun intervjuer om, samt hvorfor og hvordan. Selv om slike kriterier kan sees på som uoppnåelige idealer, kan de fungere som retningslinjer for god intervju praksis og bidra til ytterligere fortolkninger (Kvale, 2009).

Slik jeg ser det, innehar jeg både en innefra og utenfra posisjon i møte med informantene. Selve intervjusituasjonen og gjennomføringen av intervjuene opplevde jeg som positiv. De tre første intervjuene ble gjennomført som avtalt tidspunkt i forhold til tidspunkt og møteplass. Imidlertid måtte den fjerde informanten avbryte intervjuet. Det var hektisk på avdelingen og hun følte presset fra de andre på jobb. Vi avtalte nytt intervju uken etter. Dette intervjuet ble gjennomført som avtalt. Opplevelsen jeg sitter igjen med positive. Før jeg startet med intervjuene var jeg engstelig for at jeg og informantene ikke skulle ha kjemi. Jeg var også opptatt av om jeg ville klare å holde fokuset på intervjuguiden eller ikke.

Imidlertid følte jeg bare positiv kjemi under alle intervjuene, og informantene så ut til å trives i intervjusituasjonen. Dette er en god følelse å tenke tilbake til og som fulgte meg i det videre arbeidet.

#### 4.3.1 Min forforståelse

Forskeren har alltid med seg en forforståelse inn i forskningsfeltet (Paulgaard 1997). Min forforståelse består av mine tidligere erfaringer og perspektiver, og er således både en betingelse og en begrensning for den videre forforståelsen. Forforståelsen representerer ikke noe negativt, men er i følge Paulgaard (ibid) en forutsetning for at man skal få frem ny kunnskap. Idealet er å gå inn i forskingen med et åpent sinn, men samtidig ha nok kunnskap til å kunne nærme seg feltet på en hensiktsmessig måte. Dette er en krevende utfordring, men poenget er å ha bevissthet rundt egen forkunnskap og hva som har ledet frem til forskningsspørsmålene(ibid).

For å klare å legge mine egne fordommer til side måtte jeg være lyttende og la informantens uttrykk gjøre inntrykk. Jeg vet hvordan en hverdag på et sykehjem kan fortone seg, men jeg må lytte uten å stille umiddelbare spørsmål og la informanten fortelle. Jeg har erfart fra egen jobb at beboere og eldreomsorgen ikke har fått positiv oppmerksomhet fra media.

Jeg har også erfart at aktivitet er nedprioritert i hverdagen. Som ergoterapeut bringer jeg med meg er forforståelse av aktivitet og ser det ut fra mitt ergoterapeutiske perspektiv. Fordi jeg har valgt å intervju sykepleiere har jeg ikke det samme utgangspunktet som dem i utdannelsen. For sykepleiere vil eksempelvis begrepet ”omsorg” ha større fokus enn i ergoterapi – utdannelsen.

Dette er jeg klar over, og jeg har stadig vært nødt til å reflektere over det. Når man skal være reflekterende, er det viktig at andres holdninger ikke overføres til mine informanter.

Dette gjelder også i det materialet jeg har forholdt meg til senere. Jeg har lagt vekt på å være åpen for sykepleiernes erfaringer og tanker. I følge Dalberg et. all (2001), er nøkkelordene her varsomhet, selvkritikk og åpenhet, slik at ikke egne tanker ikke overføres i feltet (ibid).

#### 4.3.2 Fra tale til tekst

Kvale (2009) viser til at transkriberingen i seg selv er en tolkningsprosess. Det vil si at mens man transkriberer, så tolker man også det som fortelles. Tolkningen av intervjuene er subjektiv, det vil si at det ikke er sikkert at andre som leser det samme materialet oppfatter og tolker det på samme måte som jeg har gjort. I følge Kvale (ibid) er det viktig å huske på at transkriberingsmaterialet ikke er selve empirien, men kunstige konstruksjoner fra muntlig til skriftlig material.

Jeg lånte ved Universitetet en digital opptaksenhet med innebygget høyttaler. Etter hvert intervju spilte jeg av opptaksenheten t i enerom. Kvaliteten på alle lydfiletne var gode. For hvert intervju overførte jeg lydfiletne til lyddisk og minnebrikke på min egen pc med passordbeskyttelse. Sikkerhetskopier ble også tatt og oppbevart i privat safe. Denne prosedyren anså jeg som meget viktig fordi hele materialet lå i intervjuene. I tillegg noterte jeg ned under intervjuene umiddelbare inntrykk, og skrev ned etter intervjuene hva som gjorde inntrykk og hvilke tema som ble viktig for informanten å fortelle om. Jeg transkriberte lydfiletne rett etter hvert intervju. Denne jobben tok lang tid og jeg var pertentlig i utførelsen. Etter første nedskrivning av intervjuene lyttet jeg gjennom intervjuene på nytt og sammenlignet dem med allerede transkribert tekst. Dette for å sjekke at jeg hadde alt med. Transkribert material ble arkivert i egen perm og digital minnepenn, som også bevart i private safe.

Intervjuene ble skrevet på bokmål siden jeg syns det er lettest å forholde seg til. Deretter bearbeidet og komprimerte jeg all teksten fra intervjuene ved å ta bort unødvendige pauser og spesielle taleformer for at teksten skulle være lesbar. Men det var også for å unngå at talemåter skulle avsløre informantens identitet.

Dette omtales som meningsfortetting og har til hensikt å få frem innholdet i teksten, noen som Thagaard (2009) poengterer er viktig. Jeg har også bearbeidet teksten på en slik måte at informantene har forblitt anonyme i hele prosessen.

Innholdet i sitatene jeg trekker frem i drøftingen er skrevet på bokmål, men bevart slik informanten uttrykker det i sin talemåte. Sistnevnte er gjort for å kunne gi en fortellende og levende fremstilling av det informanten forteller til leseren. Det tok meg rundt seks timer å transkribere hvert intervju helt ordrett. Fra hvert intervju satt jeg tilbake med rundt 10 sider tetskrevet tekst. Etter alle transkriberingene satt jeg med 50 sider skriftlig materiale, inkludert egne refleksjoner, og fem timer lydfilopptak.

Å lytte gjennom lydfilene og gjennomgått tekstene har jeg gjort flere ganger i skriveprosessen. Denne prosessen anser jeg som nyttig, fordi hver gang jeg lyttet gjennom intervjuene oppfattet jeg helheten i det informantene sa og ble påmint viktige poeng de fortalte om. Alt dette bidrar til å øke sannsynligheten for pålitelige funn. Fordi intervjuene er det empiriske materialet i prosjektet ønsket jeg at transkriberingen skulle være så nøyaktig og pålitelig som mulig<sup>20</sup>. Kvale (2009) beskriver dette som en prosess som går gjennom alle stadier i en mastergradsoppgave. Jeg har derfor i forhold til validiteten forsøkt å ha en undrende holdning til det som fremkom under intervjuene. Dette fordi sykepleiernes stemme er grunnlaget for mastergradsoppgaven min. Reliabiliteten forholdt jeg meg til gjennom min empiriske funn, som i stor grad er avhengig av min troverdighet som intervjuer. Det samme er å vurdere intervjutranskriberingens gyldighet<sup>21</sup>. Ulempen med intervju er at informasjon hentes inn fra noen personer og vil ofte ikke være generaliserbart. Sykepleierne jeg intervjuet gav meg en innsikt i deres arbeidshverdag og hva de trodde kunne bidra med å gi en bedre vurdering av behovet for aktivitet. For å kunne generalisere studien måtte jeg ha vurdert et større antall informanter. Men selv da kunne resultatet blitt usikkert og ikke gitt gyldige nok svar.

Hvorvidt funnene i mastergradsoppgaven vil være gjeldene for aktivitetsperspektivet vil jeg komme nærmere inn på. Jeg mener likevel at den vil være representativ ut fra min for forståelse og bakgrunn.

---

<sup>20</sup> *Validitet* vurderes etter i hvilken grad undersøkelsen har gitt svar på det som skal undersøkes.

*Reliabilitet* er pålitelighet i forskningen. Det vil si at teknisk sett skal muntlig tekst skrives av så nøyaktig som mulig, og helst kontrolleres av en annen person. I mitt tilfelle er jeg alene i prosjektet, men for at reliabiliteten skal være så nøyaktig som mulig, gjennomgikk jeg lydfilene en gang til etter det var transkribert for å se om alt som er sagt er tatt med (Kvale 2009).

<sup>21</sup> *Generaliserbarhet* = *gyldighet*, og har en sammenheng med at ut fra erfaringene fra en situasjon kan forutse nye hendelser Begrepet stammer fra kvalitativ forskning og henviser til studiens representativitet (Kvale 2009).

## 4.4 Etikk, utfordringer og håndteringer

Proessen med å transkribere innebærer også etiske spørsmål. I denne mastergradsoppgaven spør jeg etter sykepleiernes erfaringer og tanker. Det kan framkomme følsomme temaer der det er viktig å bevare informantene *konfidensialitet*. Med bakgrunn i dette har jeg allerede i transkriberingen skjult informantenes identitet som jeg nevnte i 4.3.2.

Når jeg skal intervju sykepleiere ved deres arbeidsplass er det viktig at de føler trygghet. Med det mener jeg at de ikke føler at de utleverer andre ansatte eller at de henger ut arbeidsplassen. Det kan være et problem med at informantene holder tilbake informasjon av redsel for at opplysningene kan få konsekvenser. Dette sier Malterud (2003 s.99) noe om:

*Gjennom sitt felt deler informanter sine kunnskaper og erfaringer med forskeren som forutsetter at tilliten er gjensidig. Informanten må kunne stole på den tilliten som hun har visst forskeren.*

Jeg ønsket at denne tilliten skulle være tilstedet. For at informantene skulle bevare sin anonymisering og at prosjektet skulle være etisk forsvarlig meldte jeg det inn til Regional Etisk komité (REK). Etter seks ukers behandlingstid fikk jeg tilbakemelding om at det ikke var nødvendig med deres godkjenning for å gjennomføre prosjektet (vedlegg 4). Videre søkte jeg Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) om godkjenning, hvilket jeg fikk etter en ukes behandlingstid (vedlegg 5).

I begge søknadene la jeg ved en prosjektplan som beskrev hvordan jeg skulle gå frem for å kontakte informanter, bevare deres anonymitet og oppbevare materialet på en etisk forsvarlig måte gjennom hele prosjektet. Jeg beskrev også at jeg ville oppbevare alle personlige opplysninger, transkribert tekst, lydfiler og samtykkeerklæringene i en privat safe, noe som også er gjort. For å være sikker på at informantene ikke skulle kunne gjenkjennes, har jeg brukt fiktive navn på alle og ikke oppgitt alder. Jeg vil nå kort presentere mine fire informanter:

- **Nanna:**

Hun har mye erfaring fra eldreomsorgen. Hun stortrives i jobben og ønsker å jobbe med eldre i mange år fremover. Hun ønsker å bidra i prosjektet mitt fordi hun engasjerer seg i temaet og ønsker å forbedre hverdagen til beboerne.



- **Sanna:**

Hun har lang erfaring fra eldreomsorgen og vil arbeidet med eldre frem til hun pensjonerer seg. Sanna føler seg ressurssterk og ønsker å gi de eldre det beste i hverdagen.

- **Inger:**

Hun har kortest erfaring fra eldreomsorgen av informantene, men har opparbeidet seg mye kunnskap på den tiden. Hun trives i jobben med eldre og har et ønske om at det skal blir øket fokus på aktivitet.

- **Anna:**

Hun har lang erfaring i eldreomsorgen og følger hun har vært igjennom mange stadier med hensyn til hvordan sykehjemmene har endret fokus etter hun var nyutdannet. Anna stortrives i jobben og vil gjerne kjempe for de eldres rettigheter i sykehjemshverdagen.

## 4.5 Analyseprosessen

Da jeg skulle analysere materialet, tok jeg utgangspunkt i Graneheim & Lundmans (2004) artikkel om analyse av kvalitative data. Det første man må ta stilling til i en kvalitativ analyse, er om analysen skal fokusere på det synlige, åpenbare eller det som teksten forteller. Dette kaller Graneheim & Lundman (2004) "the manifest content". Alternative vil være at analysen skal omhandle hva den underliggende betydningen i teksten er, kalt "the latent content" (ibid).

Begge deler dreier seg om å tolke og å fortolke det som informantene sier, mens de varierer i dybde og abstraksjonsnivå. Jeg har valgt og konsentrert meg om "the manifest content". Der anbefaler forfatterne at man holder seg på et lett abstraksjonsnivå ved første gangs analyse av kvalitative data, og heller konsentrerer seg om et spesielt tema som velges og følges opp. Forfatterne anbefaler også å lese teksten flere ganger for å kunne *se* og *kjenne* materialet (Graneheim & Lundman 2004).

Under analyseringen og bearbeidingen av materialet har det vært en utfordring å velge ut hva som skal presenteres og i hvilken kontekst. Det er lett å la sine forhåndsantagelser styre valget av det materialet som presenteres. Under intervjuene følte jeg som tidligere nevnt en innenfra posisjon siden jeg jobber i sykehjem og kjenner til systemet. Likevel står jeg utenfor fordi jeg ikke er sykepleier og heller ikke kjenner til det aktuelle sykehjemmet som fortellingene er hentet fra. Jeg har ikke nådd helt frem inn i sykepleiernes situasjon fordi jeg har en annen yrkesbakgrunn. Jeg har kommet inn til informantenes arbeidsarena og stått ”utenfor” og intervjuet dem over en kort periode. Samtidig har jeg med min bakgrunn nokså god forståelse for deres situasjon som utenforstående, fordi jeg arbeider i samme feltet.

For å kunne ta stilling til om resultatene gir et bidrag til den aktuelle kunnskapssituasjonen i feltet eller ikke, må jeg vise hvilke valg jeg har foretatt meg underveis. Dette betyr at jeg gjennom redegjørelsen for egen arbeidsprosess, har ønsket å vise valgene slik at det er mulig for andre ”å se meg i kortene”. Jeg begynte med å skrive ut hvert intervju på et A3 ark. Deretter kunne jeg bruke tid på å lese over arkene flere ganger og utheve med markørtusj der jeg syns viktige synspunkt kom frem. Jeg hadde også beregnet plass til å gjøre notater rett på arket, noe jeg benyttet meg av. Dette gjentok jeg med alle fire intervju. Hovedmålet er å se hva teksten forteller meg Dette kaller Graneheim & Lundman (2004) for en ”code”. Forfatterne vil at forskeren skal se etter gjentakende tema og la teksten prate (ibid). Det er en prosess så jeg, å gå frem og tilbake i teksten og forsøke å sortere ut ”codene” for å finne meninger som kunne aktivere sannheten

I denne prosessen brukte jeg lang tid for ”å utvinne” og kategorisere temaene. Det ble flere temaer. Jeg valgte for ikke å miste oversikten og sette opp disse temaene på et eget A3 ark. Jeg ønsket å bringe frem de dataene som ga mening. Til dette brukte jeg markørpenner med forskjellige farger for hver informant, og fremhevet det som framsto som viktigst. Dette ble gjort for å fange opp meningsenhetene i teksten. Meningsenhetene ble deretter kondensert, det vil si at det ble gjort en omskrivning og kategorisering av det som informantene fortalte. I denne prosessen ble temaene til og sett opp mot empirien og min problemstilling.

Temaene som kom frem ble dannet ut fra setninger og fortellinger som informantene la vekt på når de fortalt om aktivitet.

De kategoriserte tema ble:

- Sykepleiernes erfaringer og tanker med og om aktivitet og aktivitetstilbud.
- Sykepleiernes utfordringer i sykehjemshverdagen.
- Sykepleiers erfaringer med organisering av sykehjemshverdagen.
- Sykepleiernes tanker om eldrebølgen.

Disse temaene blir brukt som overskrifter i presentasjonen og i drøftingen av funnene. Jeg ser at analysen ikke er den siste prosessen i en forskerundersøkelse, men at den må sees som en del av en forskerprosess. Dette kan beskrives som en spiral, ettersom nye data dukker opp hele tiden.

I det videre arbeidet er det analysen av intervjuene som skal gjøre min mastergradsoppgave unik. Målet er at jeg skal presentere materialet jeg har samlet inn på en best mulig beskrivende måte.

## 5.0 PRESENTASJON OG DRØFTING AV FUNN

Jeg vil i de kommende kapitlene drøfte informantenes utsagn. Jeg vil belyse deres erfaringer og tanker fra sykehjemshverdagen, og hva som er deres felles mening om temaet aktivitet. Ut fra det transkriberte materialet har flere tema blitt brakt på bane. Dette er tema som det har vært betydningsfullt for dem å fortelle om, og er funn jeg vil drøfte og diskutere underveis i presentasjonen. Det er mange områder som påvirker hverandre og derfor vil noen tema gå over i hverandre. Jeg avslutter med å drøfte hvordan man skal imøtekomme fremtidens eldre med tanke på aktivitet.

### 5.1 Sykepleiernes erfaringer og tanker med og om aktivitet og aktivitetstilbud

Jeg startet intervjuene med første spørsmål som er problemstillingen: *"Hvilke erfaringer og tanker har sykepleiere som arbeider i sykehjem om og med aktivitet og aktivitetstilbud for beboerne?"*. Det gjorde jeg bevisst fordi jeg ønsket å få informasjon om hvordan de resonnerer over forskerspørsmålet. Jeg er ute etter hva som trer frem i hvordan de ser aktivitet. Alle sykepleierne er interessert i temaet og engasjerer seg i intervjuene med å fortelle. Slik beskrev de sine erfaringer og tanker på følgende måte:

*Jeg har erfart at aktivitet er alt som skjer, fra de står opp til de legger seg. Min filosofi og tanke er da, at visst aktivitet er alt det som skjer, så er også stellet en del av det. Det å få lov til å stelle seg selv, kunne gå på toalettet, få lov til å se seg i speilet, få lov til å være en del av det som skjer rett og slett, det er livskvalitet. Aktivitet er avgjørende for å bevare identitet og stimulerer beboernes ferdigheter, sier hun (Nanna).*

*Jeg har erfart at det er blitt mer aktivisering når vi (personellet) deler oss opp fra morgenen av. Vi er mer sammen med beboerne på avdelingen da syns jeg. Mine tanker er at jeg prøver å ta god kontakt med beboerne fra stellet av, og prøver å få til gode måltidssituasjoner, snakke pent og rolig og sier til beboeren at vi bestemmer i lag. Det syns jeg er som aktivisering, å være tilstedet i jobben min (Sanna).*

*Jeg tenker at de (beboerne) må få tilbud til å bruke de ressursene de har, slik som å holde vaskekluten selv og vaske seg i ansiktet. Da har jeg erfart at de føler seg mer ivaretatt, ved å bruke egne ressurser. Det er jo aktiviteter i seg selv at vi (pleiere) tar oss tid til at beboeren kan gjøre deler av stellet sitt selv, og andre daglige aktiviteter i hverdagen (Inger).*

*Mine tanker er at ideologisk sett skulle alle beboere få være med i de daglige aktiviteter, fra morgenstellet og til de legger seg for kvelden. Jeg bringer det med meg i arbeidet som sykepleier, og lar beboerne ta del i aktiviteter der jeg ser de greier det. Det er mest fremtredende i stell og matsituasjoner. Det er viktig at de bevarer det de mestrer (Anna).*

Disse tankene gir umiddelbare assosiasjoner til hvordan sykepleierne har erfart hvordan aktivitet kan være i deres hverdag. Alle fire informanter tar i bruk ordet aktivitet allerede fra morgenstellet av, slik det fremkommer fra de overnevnte utsagnene. De har erfart at det å la beboerne få utføre enkle oppgaver i stellet eller matsituasjonen, opprettholder beboerens funksjoner slik som å kle på seg. Informantene ser viktigheten med å la beboeren være deltagende, og de oppfordrer beboerne til å ta i bruk funksjoner de har. På denne måten observerer sykepleierne gjennom stell og måltid at beboeren er med i de daglige aktiviteter.

I aktivitetsperspektivet ligger menneskelig aktivitet høyt. Fra ergoterapi og sykepleiefaget kan klare linjer trekkes opp hvilke betydninger aktivitet har hos beboerne, både gjennom daglig utførelse, pleie og stell. Kielhofner (2001) sier at gjennom aktiviteter kan mennesket oppnå verdighet ved å fokusere på kropp og sjel i sine omgivelser. Ved å anvende aktivitet i alle daglige gjøremål kan personell forbedre det indre system og kompensere for permanente begrensinger gjennom å spille på lag med beboeren (ibid). Dette fokuset betyr at sykepleierne i jobben må forsøke å forstå hvordan kroppen kan bli brukt i forskjellige oppgaver, og det er slik jeg tolker overnevnte utsagn.

Hvilke forventninger beboerne i sykehjem har til omsorg og pleie er forskjellig. Det er et helsepolitisk mål å gi beboere et meningsfylt og godt liv til tross for alderdom og sykdommer. Forskrift for kvalitet i pleie – og omsorgstjenesten skal bidra til å sikre kvalitet i tjenestene til den enkelte beboer (Handlingsplan for eldreomsorgen 2007 – 2010). Slik Nanna ser betydningen for beboeren å være i aktivitet, med *å få lov og være deltagende*. Jeg syns det er viktige synspunkter å bringe videre i kapitlet.

### 5.1.1 "Aktivitet er alt som skjer"

Fra innledende utsagn vil jeg trekke frem momenter informantene pekte på som viktig for å tilby aktivitet. Alle informantene tok i bruk ordet aktivitet allerede fra stellet av. De tok utgangspunkt i aktivitet som et eller flere gjøremål de utførte sammen med beboeren i gjennom en sykehjemshverdag.

Flere forfattere (Horghagen 2007, Jacobsen 2007, Ness 1997) beskriver at livet består av et mangfold av aktiviteter. Å stå opp, vaske seg, spise, lage mat, stelle barn, handle, studere, lære og så videre. Alt mennesket gjør er aktivitet. Aktiviteter varierer gjennom hele livet og fra person til person. Det kan være blant annet gjennom kulturtilhørighet, sosiale roller, kjønn, alder, interesser og livssituasjon. Kielhofner (2001) skriver at alle mennesker har behov for å være i aktivitet eller oppleve deltagelse. Han sier vi utvikler oss selv gjennom aktivitet og påvirker våre egne omgivelser. Det er en slik personlig erfaring Nanna forteller om, når hun sier *"aktivitet er alt som skjer"*.

Mine informanter har observert at aktivitet er av sentral betydning. I deres måter å fortelle hva aktivitet er, ser jeg det er betydningsfullt for informantene å legge fokuset til beboernes ve og vel. Jeg oppfatter det slik at aktivitetsbegrepet følger sykepleierne i jobben. De har klare formeninger om aktivitet som betydningsfylt. Ordene "livskvalitet", "egne ressurser" og "verdig liv" nevnes av sykepleierne og presenteres eksplisitt. Anna sier det slikt *"det er viktig at beboerne bevarer det de mestrer"*.

Beboere i et sykehjem har ofte ulike diagnoser og behov. Noen er rammet av demens og andre av slag, noe har flere sykdommer og noen vil trenge hjelp til det meste. Ethvert aldrende menneske er i en unik situasjon og har ulike behov. Ikke minst på grunn av et langt liv er eldre svært forskjellige sier Alsvåg (1997). Når en beboer blir pleietrengende av ulike grader, fungerer ikke alltid kroppen slik personen er vant til. Dette gjør at å stå opp, kle på seg, vaske seg og spise kan utløse store utfordringer (ibid s.87). Dette fremkommer i intervjuene når informantene forteller om deres observasjoner. De har et årvåkent blikk for å se, slik som i stellet, hva beboeren selv klarer og hva han/hun trenger hjelp til. Deretter forteller informantene er det er her de som sykepleiere kan bidra med råd og veiledning for å opprettholde den daglige aktiviteten. For å se dette, gjelder det å vie beboeren oppmerksomheten i omsorgen hele tiden mens de er på jobb som sykepleier, sier Martinsen (2003).

Jeg ser det slik at sykepleierne med sine utsagn viser til forståelse for betydningen av aktivitet og oppfordrer beboerne med å jobbe med egne evner. Sykepleieren legger forståelsen med å kunne se det *unike* hos den enkelte beboer. Og for å *se* dette, blir det slik Martinsen forteller, at sykepleierne allerede i stellet må bedømme og bruke sine kunnskaper med å hjelpe og tilrettelegge der beboeren behøver hjelp (ibid). Gjennom stellet kan sykepleieren guide beboeren med å vise og veilede hvor han/hun kan bruke sine ressurser. Videre viser Martinsen til blant annet at grunnlaget for god sykepleie ligger i å ta *”utgangspunkt for best mulig praksis og evne til å praktisere kunnskap”*(ibid 2003).

Slik kunnskap kan læres. Martinsen (2005) trekker inn praksis som arena for læring. Hun mener menneskekunnskap i liten grad kan tilegnes gjennom boklig lærdom og at den største læringen skjer gjennom råd og vink fra arbeidskammerater og gjennom erfaring (ibid s.148). Slik jeg tolker Martinsen (2005) viser hun til utøveren. I dette tilfelle trekker jeg paralleller til mine informanter, som tar i bruk sine faglige kunnskaper, prosedyrer og erfaringer med inn i vurderingen. I denne vurderingen er det hva mine informanter *ser* hva beboerne har behov for hjelp til og som kan omsettes i praktisk handling (ibid s.152). Hvilke kunnskaper sykepleieren besitter for å imøtekomme beboerens behov, sier Molander (1996) noe om. Han sier at kunnskap i handling består av oppmerksomhet, rutine og øvelse i tillegg til forståelse av det faglige og den sammenhengen den inngår i (ibid s.237). Det er denne kunnskapen sykepleieren må hjelpe beboeren med å *se* og legge grunnlaget for aktivitet gjennom sykepleierutøvelse i beboersamarbeid og beboerdeltakelse.

### 5.1.2 ”Å få lov til å delta”.

Å være deltagende er et stort tema. Fordi begrepet blir trukket frem av alle informantene i sammenheng med aktivitet, syns jeg det er viktig å se nærmere på hvilken betydning det har i forbindelse med aktivitet. I ergoterapifaget er deltagelse et mål i arbeidet med andre, og trukket fram som viktig (Utdannings – og forskningsdepartementet 2004). Når målsetninger i arbeidet for mennesker med funksjonsnedsettelse eller andre lidelser blir beskrevet som full deltagelse og likestilling, innebærer dette at det enkelte menneske skal ha muligheter til å delta på egne premisser og etter eget ønske. Horghagen et.al (2006) sier at disse forutsetningene må ligge til grunn i det miljøet beboeren bor i, og innebære holdninger og tenkemåter for at deltagelse skal la seg gjennomføre (ibid s.119).

Alle informantene trekker frem at de anså det viktig at de tok med beboerne på en liten ”spasertur” i korridoren som en del av deltagelse. De kunne merke at urolige beboere ble roligere. De merket også at beboere som kunne spasere både med og uten hjelpemidler hadde glede av turen. I løpet av turen kunne informantene prate med beboerne, og utveksle dagligdagse fraser og se på været og slikt. Sykepleierne var opptatt av at det var viktig å kunne tilby en deltagelse sammen med personellet, men også fordi at de opplevde at beboerne sjeldent tok initiativ til å ”røre” på seg og ble sittende mye alene.

Waagø (2003) sier at for mennesker er det naturlig å bevege seg. Kroppen styrkes ved gjentatte bevegelser. Å bruke muskler, ledd og hjernen er gode aktiviteter for alle mennesker. For å holde kroppslige funksjoner ved like, er fysisk aktivitet spesielt viktig hos eldre. I tillegg gir deltagelse sammen med andre et sosialt fellesskap som er viktig for livskvaliteten (ibid s 181 - 188). Alle mennesker velger bevisst hvilke daglige aktiviteter som skal utfylle deres hverdag, sier Kielhofner (2001). Deres *aktivitetsvalg* er kortsiktige beslutninger som å gå inn og ut av aktiviteter. Beslutninger slik som å spise frokost, se en film, spise, lese avisen eller gå seg en tur er eksempler på aktivitetsvalg mennesket selv er med på å bestemme. Det er en del av en daglig deltagelse (ibid s.210).

Fysisk aktivitet assosieres oftest til trening, men innebærer egentlig alle bevegelser. Når vi beveger leddene trekkes skjelettmuskulaturen seg vekselvis sammen og slapper av ved bruk av energi. Hjort (2009) er professor i geriatri og har lang erfaring i eldres helse. Han argumenterer i flere artikler at aktivitet og deltagelse er viktig. I en artikkel han har skrevet om fysisk aktivitet for eldre, sier han at aktivitet reduserer risikoen for hjerte og karsykdommer, beinskjørhet, enkelte kreftsykdommer og demens. Kroppen må brukes for å opprettholde alle sine funksjoner og samtidig får hjernen en strøm av signaler når kroppen brukes, som igjen gjør at den holdes våken og aktiv. Han refererer til et amerikansk slagord som sier ”Use it or lose it”. Videre beskriver Hjort at aktiviteter reduserer risikoen for å bli dement, og har man derimot en demensdiagnose, vil aktivitet gi livskvalitet (ibid).

Informant Inger forteller:

*Tidligere husmødre som nå er sykehjemsbeboere, setter stor pris på å delta i for eksempel med å brette vaskekluter. Det er både en aktivitet, men også noe de kan godt. Når de er flere damer som setter seg sammen på kjøkkenet, ”kakler” de og deler opplysninger om hvordan det ble gjort før i tiden. Husmødre kan sitt fag når det gjelder klessvask, vaskemidler og slikt (Inger).*



Inger gir et bilde av hvordan det kan være når beboerne får ta i bruk erfaringer som ligger i ”hendene”. Hun ser at det skaper glede og er en del av en deltagelse. Slik som å la damene på avdelingen brette vaskekluter. Det sitter i hendene og brette av klær var en del av de daglige aktiviteter de fleste hadde som husmor. Det bidrar også til at ”damene” delte informasjon om klessvask og vaskepulver, noe som økte det sosiale fellesskap ved at de har et felles tema å diskutere. Denne deltagelsen, slik Inger så det, var en del av å være i en sosial rolle.

Informant Anna fortalte også at hun brukte å ta med beboere til kjøkkenet for å hente matvognen. Det var for noen kvinnelige beboere en god opplevelse, fordi at å bringe mat til bordet var en av deres viktigste oppgaver som husmødre. Begge informantene trekker frem at å la beboere få utføre aktiviteter og være deltagende, gjorde beboerne godt og gav dem følelse med å bidra i et fellesskap. Informant Sanna forteller om sine erfaringer med deltagelse slik:

*Jeg prøver å ta god kontakt med beboerne fra stellet av, og sørge for at dem får våkne. Det er viktig å snakke pent og rolig, skøye litt, og jeg ser at de blir mer deltagende når jeg sier; vi bestemmer i lag. Har man slik ro, går dem ofte selv på toalettet, og tar selv initiativet til å hente frem vaskelut og begynne morgenstellet. Ved godt håndlag og ro ivaretar vi beboerens ressurser (Sanna).*

Jeg syns det er interessant det Sanna forteller. Hun har et ønske om å ta vare på beboerne på best mulig måte, med å samarbeide med beboeren og la han/hun føle at de ”bestemmer” i lag. Hun har erfart at stellet går lettere når beboeren er deltagende, og at både hun og beboeren kan jobbe selvstendig og at jobben blir lettere å utføre. I sykehjem er det ofte sykepleierne som legger føringer for å hjelpe beboerne i ulike oppgaver. I dette ligger det at sykepleieren må ha forståelse for hvordan deltagelse kan komme til uttrykk hos beboeren. Skal man kunne gi god omsorg til beboere, er en unik interesse for det andre mennesket viktig. Martinsen (2005) kaller dette for ”moral” eller ”gode sykepleierholdninger”, noe hun mener må læres. Hun sier videre: ”Med det menes at sykepleieren engasjerer seg i den andre med en sensitivitet i relasjon som tar hensyn til den andres situasjon (ibid s.164). Martinsen hevder at sykepleien blir utøvet fra en autoritetskultur med en svak paternalisme. Den faglige dyktige sykepleieren er bevist dette og utøver omsorgen på en slik måte at den ikke blir paternalistisk (ibid s.165). Og det er slik jeg føler mine informanter formidler når de trekker inn deltagelse som en viktig del av beboernes liv, samtidig som sykepleierne trekker i noen tråder for å engasjere beboerne.

Målet er at målsetningene i sykehjemmet kan bidra til å basere sykehjemstilbudet på en dypere forståelse av den enkeltes beboers individualitet og deltagelse (SINTEF 2009). Det er dette jeg ser mine informanter trekker frem. Deltagelse handler om å spille på lag med beboerne og deres rettigheter. For når mine informanter trekker frem deltagelse som viktig er det for å kunne oppnå et produktivt samarbeid i pleien. Slik som Sanne sier: *jeg ser at de blir mer deltagende når jeg sier; vi bestemmer i lag.*

### 5.1.3 ”Å få lov til å bestemme selv”

Nordvedt (2008) legger vekt på at en god sykepleier evner å berøres av og forstå den enkelte beboer. En slik innlevelse er grunnleggende for sykepleiers etiske og profesjonelle yrkesutøvelse. Det har også betydning for det engasjementet og moralske ansvaret sykepleieren viser den enkelte beboer (ibid). Når sykepleieren kan hjelpe med å ivareta og dyrke beboers interesser, vil jeg tro det kan øke både trivsel og livskvalitet.

Nanna forteller:

*Jeg ser at hvis beboeren i stand til å bevege seg rundt, være med på å tilberede et måltid, plassere ut maten, ja, så bør beboeren få lov til å gjøre denne aktiviteten, og ikke bare bli en gjest ved bordet. Og de beboerne som ikke mestrer pådekking, kan være med i samtalen, de sitter å og ser på hva som blir gjort, og så kan de fortelle om hvordan de brukte å gjøre det samt ha muligheter til å komme med egne tanker og ideer. Alle må få delta der de kan og får lov til å bestemme selv (Nanna).*

Hun forteller videre at mange beboere har problemer med å se egen identitet. De husker tilbake til barndomsårene og en annen tid. Har beboeren kommet langt i en demensdiagnose, er det ikke sikkert at de klarer å gjøre det de får beskjed om. Men da sier hun: *da tenker jeg spesielt at jeg som sykepleier skal være med på å bygge opp identitet, hjelpe med å finne frem det som var og hjelpe dem med medbestemmelse (Nanna).*

Sanna fortalte det slik: *Jeg har sett at hvis beboerne får være med å delta med å dekke bordet, og at maten blir servert på fat og alle må forsyne seg selv, da har vi har en felles ro i måltidet. Beboerne er selv med på å bestemme hva de skal ha på fatet, de konsentrerer seg om måltidet. Da koser de seg [...] og spiser så pent. De spiser sakte, som at de nyter hver munnfull (Sanna).*

Sanna har lagt merke til den spesielle roen som gjør seg gjeldende når beboerne får være med på å bestemme selv. Hun føler en indre glede over situasjon når hun forteller meg om denne observasjon. Det hun legger merke til, er at det vises så tydelig, og hun påpeker at *de er til stedet sammen med oss*. Sanna syns det er viktig at sykepleierne legger til rette for slike gode øyeblikk, og det er viktig å la beboerne ”å få lov til å delta”.

For de fleste sykehjemsbeboere er måltidene en svært viktig del av hverdagen og er sosialt betinget. Noen beboere vil trenge hjelp i måltidet, mens andre beboere vil med tilrettelegging greie det selv. De av beboerne som klarer seg selv, må få muligheten til å smøre og dele opp sin egen mat. Det er derfor viktig at sykepleierne legger opp til at beboerne med egne ressurser får delta slik de selv behersker og ønsker. Dette kan sees på som en aktivitet i dagliglivet (Lykkeslet 2001). En annen viktig jobb sykepleierne kan bidra med, er å la beboere med egne ressurser delta i sitt eget stell. Det kan være eks. vaske seg selv, gre håret, kle på seg og videre. Når sykepleierne ser at det kan ligge hindringer i veien for beboeren, er det desto viktigere at forholdene blir lagt til rette for beboerne for den funksjonen de innehar. Engedal (2006) sier at det vil være hensiktsmessig å la beboeren få delta i hva han/hun kan. Ifølge han vil dette ha stor betydning for beboerens liv fordi en ”deltagelse” og ”å være med” forbedrer den eldres subjektive opplevelser av helse og velvære og samtidig bidrar til å tilfredsstille behovet for sosiale kontakt (ibid). Dette er kjennetegn fra en historie Inger forteller om:

*Når jeg skal i en stellesituasjon, tenker jeg at det er viktig at beboerne kan bidra der de kan. Slik som at de beboerne som sitter i rullestol, kan være med å hjelpe til med forflytningen, fra seng til rullestol. Da blir jeg og beboeren som et ”team”, vi samarbeider og jeg arbeider på beboerens premisser (Inger).*

Inger syns det er viktig at beboerne er med på å bestemme i stell, og i forbindelse med forflytning. Hun ser at det blir litt aktivitet i forflytning, men ikke nok selvfølgelig sier hun. Det Inger trekker frem her har betydning for medbestemmelse. Et grunnleggende prinsipp i omsorgsteorien er at beboeren er med på og selv å bestemme over sitt eget liv. Medbestemmelse skal også bidra med til å skape et velbefinnende og tilfredshet hos beboeren. I teorien fremheves begrepet som å være det sentrale ved fenomenet livskvalitet og mestring (Karolinussen 1997).

Eldreomsorgen er preget av samspillet mellom praktisk problemløsning og de eldres ressurser. Hver gang vi yter hjelp på en måte som støtter opp under den eldres selvaktelse, bidrar vi til å ivareta beboerens evne til fremtidig problemløsning sier Hjort (2009).

Martinsen (2003) uttrykker i tråd med omsorgsfilosofien, at det handler om å tilrettelegge for de livsbekreftende erfaringene som forløser livsmot, håp og glede hos beboeren, og skaper mening på tross av funksjonstap, lidelser eller sykdom (ibid). Slik jeg ser det er omsorg og medbestemmelse noe mine informanter vektlegger. Det er kanskje denne omsorgen som gjør at beboerne klarer å mobilisere egne krefter til å klare hverdagen? For å referere Nanna, fortalte hun det slik: *det å få lov til å stelle seg selv, er med på å la beboeren få delta og være tilstedet i sitt liv*. Jeg mener dette er viktige funn som jeg tar med meg videre.

## **5.2 Sykepleiernes utfordringer i sykehjemshverdagen**

*Gjennom mange år har jeg sett beboere sitte opp langs veggene, i en stol eller rullestol, og sløves ned. De mister språket etter kort tid, blir inaktive, inkontinent, har ingen interesse for livet rundt seg og sitter og dupper og sover. Vi bør ta bedre vare på eldre* (Nanna).

Det er flere utfordringer i sykehjemshverdagen informantene trekker frem med hensyn til å tilby aktivitet. Blant annet blir tidspresset trukket frem som et avgjørende spørsmål om det blir tid til aktivitet. Inger sier det slik: *når tiden ikke strekker til, er det beboerne det går ut over*. En annen utfordring er immobilitet<sup>22</sup>. Hjort (2009) presiserer at immobilitet er et stort problem hos beboere ved sykehjem. For mye stillesitting kan blant annet føre til atrofi, osteoporose, spasmer, kontrakturer og inkontinens. Hensiktmessig forebygging kan for eksempel være å spasere ute i korridoren slik jeg var inne på i kapittel 5.1.2. Ifølge Hjort (2009) vil et aktivitetstilbud ha stor betydning for beboerens liv. Når beboere får tilbud til slik som en ”spasertur”, får beboerne subjektive opplevelser av helse og velvære (ibid).

I en vanlig sykehjemshverdag er det mange forhåndsbestemte rutiner og andre gjøremål. Jeg vil derfor videre bringe inn noen inntrykk. Det knyttes opp mot erfaringer av tid og immobilitet som informantene trakk frem som avgjørende og avgrensende for å kunne gi beboerne aktivitetstilbud.

---

<sup>22</sup> Stillesittende og ubevegelig (Norske Synonymer blå Ordbok s.140).

### 5.2.1 "Det skulle vært mer tid"

Alle informantene trakk frem at tidsaspektet spilte en stor rolle i sykehjemshverdagen. Temaet ble trukket frem i flere sammenhenger i intervjuene, og jeg oppfattet det slik at tiden var avgjørende om sykepleierne hadde mulighet til å tilby aktivitet. Jeg undrer meg i denne sammenheng, når sykepleierne har erfaringer og tanker om aktivitet er forebyggende, hvorfor er det i så tilfelle så lite prioritert? Er det en muligens feil bruk av ressurser eller er det andre begrensinger?

Arbeidet i eldreomsorgen er i større grad preget av grunnleggende sykepleie. Et av hovedelementene er stellet som jeg har nevnt i flere anledninger. Nanna sier det slik når hun steller beboere i morgenstellet;

*Det er slitsomt når alt må gå så fort, og vi har dårlig tid, det går liksom ikke fort nok. Jeg prøver å ta det med ro, la dem få vaske seg selv og ikke vise at jeg er stresset slik at de [beboerne] får dårlig samvittighet for at de må ha hjelp i stellet (Nanna).*

Nanna forteller at stellet må gjøres kjapt med av hensyn til tiden. Jeg tolker det likevel dit hen at selv om Nanna prøver å ta det med ro, og ikke stresse, er tidspresset så stort at det kan påvirke beboerens velvære med å bli stelt. Jeg ser at når tidsaspektet blir trukket frem som relevant, er det i forhold til hvilke rutiner som allerede ligger i deres arbeidshverdag. Derfor blir tid og rutiner noe informantene ser en sammenheng i, og som de legger til som avgjørende rolle for å kunne utføre aktivitet. Dette tydeliggjorde Anna med å fortelle det slik:

*Da vi var fire ansatte var det bedre, nå er vi bare tre stykker. Men siden de daglige rutinene må utføres, blir det et kappløp med tiden. Beboerne blir bare en "ting", og blir puttet inn i en allerede opparbeidet rutine. Beboerne er i dag preget av paternalisme. Det vil si at siden de bare er en "ting" styrer pleierne stellsituasjonen og de blir redd for å gjøre en feil, så da lar de oss styre stellet. De ser vel at vi må være kjappe! (Anna).*

Anna forteller her at hun ser betydningen av samspillet mellom rutinene og tidsaspektet. Hun er opptatt av at tiden begrenser hva sykepleierne *kunne* ha gjort sammen med beboerne, slik som å få lov til å vaske seg selv. Slik jeg nevnte i 5.1.2. utøves det svak paternalisme med hensyn til å få beboerne til å delta i sykehjemshverdagen. Derfor kan utsagnet tolkes slik at sykehjemssystemet har daglige rutiner som først må utføres, før man kan tenke aktivitet ut fra tiden som er igjen til rådighet.

Hun poengterer da at beboerne bare blir en ”ting” som kan tolkes som en materiell ting. Å kalle en beboer en ”ting” er på kanten av hva som bør aksepteres, men som Anna i denne sammenhengen frustrert forholdt seg til. Både Nanna og Anna gjør i disse fortellingene en innføring over hvilke konsekvenser tiden får for rådigheten sammen med beboerne. Slik Anna uttrykker det med å ta avstand til beboeren og bruke ordet ting. Hennes benevnelse stod hun for alene i intervjuet, men jeg ser at hun trekker frem at hadde det ikke vært for at de hadde tidspress på jobb så ville hun ikke benyttet et slikt ord.

Et annet eksempel er hvordan sykepleierne må forholde seg til sykehjemmets rammeplaner. Dette forteller Inger:

*Daglige rutiner ”sluker” tiden som kunne vært brukt på aktivitet. Det er den daglige driften og rutinene som bestemmer hva som blir igjen til aktivitet. Derfor er det ingen faste rutiner for aktivitet, selv om vi planlegger noe er vi klar over at det kan gå i vasken med hensyn til at det ikke blir tid til overs – det skulle vært mer tid (Inger).*

Det overnevnte utsagnet sier noe av det samme som Anna, om hvordan rutinene styrer hverdagen. Engedal (2006) skriver blant annet: ”Beboere på sykehjem trenger mer enn pleie og omsorg. Beboere trenger støtte til å delta i dagliglivets aktiviteter og mulighet for å dyrke sine egne interesser og utfolde seg med meningsfylte aktiviteter”(ibid). Slik som jeg oppfatter det fra informantene, er det ord som det er vanskelig å oppfylle i en allerede hektisk sykehjemshverdag. Jeg ser det slik Nanna, Anna og Inger fokuserer på aktivitet, men føler at de daglige rutinene hindrer dem til å være mer aktive sammen med beboerne.

I en artikkel kunne jeg lese ”Pasienters behov viktigere enn rutiner” (Foss 2002). Artikkelen fokuserte på personalets oppmerksomhet bør rettes mot pasienters individuelle behov fremfor rutinepregete gjøremål. Denne artikkelen belyser ulike aspekter ved livskvalitet hos langtidspasienter i sykehjem, og hvilke konkrete tiltak sykepleiere kan sette i gang for å optimalisere livskvaliteten hos denne pasientgruppen. Begreper det oppfordres til å se nærmere på, er trygghet og velvære, fysiske og psykiske behov, uavhengighet og utvikling. Det viktigste er når pasientenes grunnleggende behov blir dekket og at resterende ressurser blir verdsatt og stimulert. Personalets kunnskaper og personlige forutsetninger er grunnlaget, samt faglige trygghet og tro på pasienters muligheter for vekst og utvikling (ibid).

Derfor vil jeg trekke inn noen innspill fra Sanna og Inger om hvordan man i de daglige rutinene kan tenke aktivitet uten å ta hensyn til tid:

*Vi skulle vært mer spontane. Vi må gjøre jobben vår, men være spontane når vi har tid.*

(Sanna)

*Det er viktigere at vi viker en og annen gang fra tidspresset, kunne steke vafler og kose oss, og la tid være tid (Inger).*

Jeg synes utsagnet til begge to er interessante. De har gjort seg meninger om at tiden trenger ikke bestemme hele tiden, men selv ta initiativ til å lage rom for aktiviteter utenom. Likevel er alle fire informantene bevisst at tiden begrenser deres utførelse av aktiviteter sammen med beboerne. Jeg var inne på tidligere at mine informanter har sett viktigheten med å la beboeren delta, være med i aktiviteter og ikke minst opprettholde viktige kroppslige funksjoner. I følgende kapittel beskriver informantene hva de synes er gått galt i pleien, og hva årsaken er at deres erfaringer og tanker er vanskelige å få til i hverdagen.

### 5.2.2 "Ferdigheter klippes av"

Siden aktivitet er temaet i denne mastergradsoppgaven, og jeg har fått bekreftet at "aktivitet er alt som skjer", virker det underlig når tidspresset blir avgjørende for om beboerne får tilbud om aktiviteter i sykehjemshverdagen.

Informant Anna forteller at hun som sykepleier ikke alltid opplever å få gitt kvaliteten som trengs i sykehjemshverdagen. Hun forteller om en hverdag som er preget av rutiner, og der noen beboere har større pleiebehov enn hva de har hender til å utføre. Det igjen fører til at noen beboere bruker de lengre tid på i stellet. Det igjen betyr at de beboerne som kunne utført enkle oppgaver i påklledning og i stell av seg selv, kanskje ikke får mulighet til å utføre så mange oppgaver fordi sykepleieren ikke har tid til å vente.

Hun poengterer at det er en yrkesglede, *når vi har tid til å være tilstede for beboeren [...] det er da det er moro å være sykepleier og utføre stellet sammen og se at det fungerer. Men slik er det ikke ofte i praksis. Her er det så knappe ressurser at beboerne blir overkjørt, ja, vi må få de stelt de på kortets mulig tid (Anna).*

Anna erfarer at praksis utgjør en dårlig kvalitet på sykepleierarbeidet i forhold til visjoner og mål som tenkes som det ideelle. Hun forteller videre: *Det er derfor direkte skammelig oppførsel mot de eldre ved at de får overkjørt sine ressurser fordi det ikke er tid og rom. Det ikke beboernes feil at systemet er rigid, men det går direkte ut over dem*” (ibid).

Hun opplever at siden personellet overtar beboernes jobb med stell og påkledning så skaper det stress hos de fleste beboerne. Hun opplever at noen beboere blir forvirret og passive, og mister sine ferdigheter. Hos noen andre har hun observert mer aggressivitet fordi de ikke forstår hvorfor. *Det ene er at dem blir forvirret fordi vi har sånn fart [...] det andre er at de får bestemme lite selv hva de ønsker å gjøre. Deres ferdigheter klippes av* (Anna).

Det er sterke ord fra Anna, som tydeliggjør at de som sykepleiere er med på å ”plukke” fra beboerne egne muligheter til deltagelse. Som sykepleier må hun forholde seg til et system, og i dette systemet er rutine og tidspresset mer avgjørende slik for at hverdagen skal gå rundt. Eldre er den største pasientgruppen vi har i dag i det norske helsevesenet, og mange bor i sykehjem. Derfor er det viktig at det blir ivaretatt på en god måte, i sitt nye hjem (Helse - og omsorgsdepartementet, 2005 – 2006). Dette bekrefter Nord, Eiletsen & Bjerkheim(2007) når de skriver ”et sykehjem skal være både hjem og behandlingsinstitusjon på samme tid, og inneha en dobbeltfunksjon” (ibid s.67) Med det mener forfatterne at på den ene siden skal sykehjemmet drive behandling, mens på den andre siden skal sykehjemmet være et hjem der beboerne skal være aktive og deltagende aktører.

Ergoterapeuter fokuserer på aktivitet og deltagelse som sentralt i ergoterapifaget. Faget bygger på en antagelse om at mennesket har et grunnleggende behov for å være i aktivitet og i samspill med sine omgivelser (Kielhofner 2001). Aktivitet har betydning for mennesket når det gjelder å forebygge sykdom og fremme helse hos personer som opplever helseproblemer, er sårbare eller står i fare for å miste funksjoner. Å fokusere på aktivitet er blant annet grunnleggende for å oppleve livskvalitet ved at aktiviteten blir skreddersydd til pasienten. Målet med ergoterapi er å gjøre mennesker i stand til å engasjere seg i alle typer aktiviteter som kan ha positiv effekt på helsen (ibid). For å kunne hjelpe beboerne, må de selv være innstilt på å påvirke egen helse sier Alvsvåg (2004).



Ved å være med på å ta avgjørelser vil beboerne få bevart sin autonomi<sup>23</sup>. Bruun og Sejerøe – Szatkowski (2001) skriver at beboerens stemme må vektlegges i sykehjemshverdagen og skal danne grunnlaget for et samarbeid mellom beboer og sykepleier. Når beboernes ”ferdigheter klippes av”, hva har det i praksis å si for beboerens selvbestemmelse?

Hvis arbeidshverdagen stadig består av stor arbeidsbelastning på den enkelte sykepleier, vil det da påvirke beboerens stemme ikke blir hørt? Thornquist (2004) skriver om kommunikasjon: *”Evnen til å ta del i andres perspektiv er en av de viktigste forutsetninger for at vi skal forstå hverandre. Det er en del av den sosiale kompetansen vi tilegner oss i livets skole”* (ibid s.19). Noen sykepleiere forteller i intervjuet at de møter både engasjerte beboere, men også beboere som viser liten interesse for å delta<sup>24</sup> i ulike aktivitetstilbud. Kan en av grunnene være de overnevnte utsagn, at beboerne slipper for lite til og sosiale ferdigheter ”klippes av” slik at de blir passive? Og at beboerne foretrekker at sykepleierne utfører stellet slik at de ikke er i veien?

### 5.2.3 ”Hva er premissene for vår essensielle eksistens”?

Anna uttrykte det burde ideelt sett være et krav at alle beboerne fikk være med på alle daglige aktiviteter. Med dette mener hun at beboerne skulle fått deltatt i stell og påkledning fra de sto opp til de tok kveld. *Dette vil ha vært en opptur for kvaliteten i pleien og en bekreftelse på at jobben var opptatt av kvalitet*, forteller hun. *”Men hva er premissene for vår essensielle eksistens? Jeg tror at det er på tide med en kamp i helsevesenet, å kampe for beboernes rettigheter til aktivitet”* (Anna).

Anna ønsket en forandring i sykehjemshverdagen. Hun forteller at det er et flott sykehjem, men hva hjelper det når beboerne blir sittende i ro og ufrivillig blir passive mottakere. Anna syns det er trasig at vi lever i et moderne århundre, med god råd og teknologi, og så skal det være vanskelig å aktivisere de eldre. Hun forteller at som rutinert sykepleier og lang tid i pleien, sørger hun likevel for og å ”putte” inn litt daglig aktivitet til beboerne. Hun tenker tilbake til sykepleierutdannelsen, der hun som student lærte en filosofi som sa *det er med mennesker vi har med å gjøre*.

---

<sup>23</sup> Autonomibegrepet forutsetter symmetri mellom helsepersonell og beboer. Helsepersonell skal yte helsehjelp ut fra faglig hensyn og respektere beboers liv, integritet og menneskeverd. Det er beboerens selvbestemmelse som skal bestemme (Helse – og sosialdepartementet, pasientrettighetsloven, 1999).

<sup>24</sup> Jeg ser bort i fra de beboerne som åpenbart ikke kan delta grunnet alvorlige sykdommer og kraftig redusert helse. Jeg fokuserer på beboere som tilsynelatende kan delta.

Nanna forteller: *Jeg synes det er skammelig at dagens samfunn behandler de eldre etter økonomiske prinsipper, politikerne ivaretar ikke de eldre så godt som de fremstiller det i media. De vet ingenting om deres eksistens* (Nanna).

Nanna mener at kommunens innsparing er en hånd mot de eldre. Hun opplever press i jobben fordi tid og økonomi begrenser tiden med beboerne, og hverdagens fokus ligger i økonomiske prinsipper. Alle informantene trekker frem at de skulle ønske det var mer helhetlig tenkning rundt beboerne slik at alle kunne få den hjelpen de trengte, uten at det skulle pålegges sparekniven. Alvsvåg (2004) sier at det materialistiske samfunnet har tatt fokuset bort fra menneskene biologiske behov, og det er system og økonomi som styrer våre valg. Hvis det er slik at sykepleiere i dagens sykehjem ”føler” at økonomi styrer hverdagen, og tidspresset øker, vil kvaliteten i pleien synke i takt med at behovene for pleie blir større. Jeg vil tro at pleiebehovet vil øke når beboerne ikke får den stimulansen de behøver.

En Bachelor oppgave skrevet av Grove og Johannessen et. all (2009) fokuserte på passivitet som et økende problem hos beboere med demens i sykehjem. Studien påpekte at hvis det ble lagt til rette for aktivitet, kunne beboere bli engasjerte og vise større interesse gjennom aktivitet i hverdagen (ibid). Hvis beboerne ikke mottok tilbud, ville de bli innesluttet, og gradvis miste sine sosiale ferdigheter. Her vil jeg tilføye at undersøkelser viser at vi bruker mellom 50 og 75 % av vår tid i våken tilstand sammen med andre mennesker (Hansen 2002).

Inger var yngste informant og ferskest utdannet sykepleier. Som sykepleierstudent hadde hun lært på studiet at daglig aktivitet er viktig og at sykepleiere gjør en stor innsats i forhold til menneskers aktivitetsproblemer. Derfor hadde hun sett frem til å starte opp som nyutdannet sykepleier i sykehjemmet, siden det var hennes første arbeidsplass etter utdannelsen. Det Inger i ettertid har stusset over, er hvorfor de som sykepleiere som gjør en iherdig innsats daglig i tillegg måtte kjempe mot økonomiske budsjett? Hun tror kampen for aktivitet i hverdagen må kjempes for inne på sykehjemmet, fra sykepleierne til ledelsen. Det nytter ikke at politikerne skal sitte i ”Rådstuen” og erklære politisk maktkamp og beintøffe nedskjæringer, og deretter profilere aktivitet som viktig og prioritert rutine i hverdagen gjennom kommunale planer. Spørsmålet ble tatt opp i undring og ergrelse, over at sykepleiers jobb skulle lide av tidspress og økonomi.

Nanna sa innledningsvis: *Gjennom mange år har jeg sett beboere sitte opp langs veggene, i en stol eller rullestol, og sløves ned [...] Vi bør ta bedre vare på de eldre* (Nanna). Og det er her mange utfordringer informantene føler påvirker deres tid sammen med beboerne.

## 5.3 Sykepleiernes erfaringer med organisering av sykehjemshverdagen

På sykehjemmet og i den kommunale eldreomsorgen generelt er det faktorer som er avgjørende for aktivitetstilbudet til beboerne. Sykepleiere jeg intervjuet har ansvar for beboerne, samt å lede avdelingen og for å opprettholde kontakten med andre samarbeidspartnere. Dette ansvaret går ofte på akkord med et travelt tidsskjema som jeg har vært inne på tidligere. Dette fører igjen til at sykepleierne får problemer med å vurdere hva som skal prioriteres, når alt i utgangspunktet virker like viktig.

### 5.3.1 ”Vi tar vare på hverandre”

Sykepleierne uttrykte at stor arbeidsbelastningen og ulike påkjenninger i arbeidshverdagen kunne være avgjørende for hvilke tilbud beboerne fikk. Men da var det viktig at personellet tok vare på hverandre, og motiverte hverandre til å fortsette i arbeidet. Det ble poengtert av informantene at det var viktig for dem at de forstod hverandre, fordi en felles forståelse dannet også grunnlaget for aktivitetstilbud til beboerne.

*”Når du står midt opp i kaos og stress på avdelingen, og kjenner deg sliten, er det viktig å vite at vi tar vare på hverandre” (Nanna)*

Nanna forteller at hun har en opplevelse av å forstå og bli forstått i avdelingen når hun deler sin frustrasjon. Hun opplever at resten av personellet *skjønner de samme tingene og de kan prate sammen om det*. Noe av det samme uttrykte informanten Anna. Hun ser en sammenheng i arbeidsbelastning og hvilke aktivitetstilbud de kunne tilby.

*Vi springer og stresser, men hvis en beboer trenger din hjelp, er kjempedårlig, ja da må vi prioritere den beboeren, da blir det lite igjen til de andre beboerne. Det blir viktig at vi alle har en forståelse for at av og til blir en beboer mer prioritert enn andre (Anna).*

Alle informantene arbeider på ulike avdelinger, men det kollegiale ser ut som å være avgjørende for planlegging av aktiviteter til beboerne. Martinsen (2003) er som nevnt i teorikapitlet, en av Norges fremste teoretikere innen norsk omsorgstenking. Hun sier at: *omsorg er å være konkret og nærværende tilstede i alle forhold både i utøvelsen i sykepleie og hvordan vi er mot hverandre på arbeidsplassen* (ibid s.60).

Mer konkret mener hun at vi skal ta vare på hverandre som helsepersonell. Man skal yte omsorg for beboeren, men også for hverandre som helsepersonell.

Tilhørigheten til personellet har betydd mye for Inger. Å være i et godt og utviklende miljø har vært avgjørende for henne som sykepleier. Her kan hun diskutere fag og sykdommer, hvordan takle ulike utfordringer med beboerne og ikke minst aktivitet. Her kan hun stille spørsmål, drive nytenkning, være utforskende og finne ut av ting. Det er fellesskapet hun ser er av betydning i arbeidsdagen. Og det er slik Martinsen (2003) refererer til, at det er viktig å ivareta hverandre på arbeidsplassen og vise gode holdninger til hverandre. Jeg vil tro fra egen erfaring fra arbeidslivet, at har sykepleierne det bra, vil det også smitte over på samværet med beboerne. Dermed er de selv med på å påvirke kulturen, og legge føringer til hvordan en sykehjemshverdag kan se ut. Slik som informanten Nanna uttrykte ”*det er viktig å vite at vi tar vare på hverandre*”.

### 5.3.2 Felles tenking om rutiner

*Jeg skulle ønske at vi kunne vært mer oppfinnsom. Det blir alt for ofte tv – titting og det blir for dumt at tv skal kompensere for aktivitet i hverdagen. Vi burde heller ha en felles tenking på rutiner for aktivitet, og styrt unna tv* (Inger).

Alle sykepleierne har vært inne på at det er viktig å være for hverandre. De ønsker å basere sykehjemshverdagen med felles tenking for hvordan de skal utføre aktivitet. For å forebygge inaktivitet og passivitet hos beboerne, prater informantene om felles organisering av rutiner i hverdagen.

Alle informantene gav inntrykk av at det blir mer tv tid enn de hadde tenkt, og ikke minst blir tv brukt som avlastning. Dette kom uavhengig uten at jeg stilte det spørsmålet, men ble sett i relasjon med rutiner for aktivitet. Tv ble gjerne brukt når tiden ikke strakk til, og ble benyttet som stimulerende middel slik ikke beboerne blir sittende helt alene. I en bok skrevet av Steensen (2006) kunne jeg lese tv, en blindpassasjer eller et verktøy?

Den verste måten må være når eldre folk, mer eller mindre demente, blir plassert foran en tv skjerm full av flimrende reklame eller film myntet på amerikanske tenåringer. Det å bli tv slave på sine eldre dager uten annen form for aktivisering, vil være lite stimulerende.

Det virker underlig når informantene har trukket frem at eldre mennesker har behov for aktiviteter som de mestrer, og aktiviteter gir livet innhold og mening. Hvis tv titting er en aktivitet som er en del av dagliglivets rutiner, hvilke signaler sender personellet ut da?

Nanna, som har et overordnet ansvar på en avdeling, reflekterer tilbake noen år og minnes da hun syntes alle på avdelingen var flinke med aktiviteter. Men hun refererer til at da var de en mer ansatt. Den stillingen er nå kuttet i nedsparingene, og slik hun ser det er det ikke stemning for å presse kollegene til flere oppgaver når de allerede er presset i hverdagen i pleie og stell. Likevel opplever hun at aktivitet er høyt ønsket på avdelingen, men tiden og ressursene hindrer de ansatte med å gi bedre tilbud til beboerne. Hun forteller at det likevel burde være mulighet til å snu den trenden, og være nytenkende.

Martinsen (2005) sier at ” *hvis en sykepleier kan påvise at det finnes en åpen vei med muligheter, som er usynlige for pasienten som strever med sine begrensinger, vil den mentale motstand avta og tilfredshet smyge seg inn*” (ibid). Kraften som ligger i aktivitet, fremmer beboerens visjoner om et liv som er verdt å leve. Når beboerne deltar i aktiviteter begynner de å forstå de muligheter som er tilgjengelige for dem (Horghagen 2007).

En annen ting informant Sanna har erfart, er hvis pleierne tar initiativ til aktivitet, blir beboerne roligere og uroen i kroppen dempes. Dette kan også trekkes i linjer til Granbo og Helbostad (2006) og Lie (1988) sin forskning. Informanten forteller at hun gradvis oppdaget at når noen beboere var urolige, kunne for eksempel musikk hjelpe. Hun sier:

*Vi har en gitar her på avdelingen, men som få kunne spille på. En sommervikar vi hadde, begynte å spille i alle ledige pauser, ja hele sommeren. Det var så flott, det[... ]ja man ser beboerne smiler og det er topp. De som var urolige og nedstemte, trampet takt med musikken og det ble en positiv stemning (Sanna).*

Sanna så en sammenheng mellom musikk og aktivitet og som hun forsto var positive opplevelser for beboeren. Hun så at beboerne som var urolige endret adferd og hun fikk dermed erkjennelse om at aktiviteter hjelper. Sanna og kollegene har diskutert at aktiviteter er et lavterskeltilbud hos dem. Men hun mener at likevel burde det være en selvfølge at beboerne ble aktivisert, på lik linje som stell og pleie. Hun opplever det slik at selv om de prater om aktivitet, de bruker *ordet* aktivitet, så blir det ikke noe mer av det. Hun føler at det blir mye snakk og lite handling. *Vi har jo lyst til å holde på med aktiviteter daglig, være på tilbudssiden, men det blir ofte ikke gjennomførbart i en hektisk hverdag (Sanna).*

Inger poengterer at noen ganger greier de (pleierne) på avdelingen å utføre aktiviteter. Hvis de bestemmer seg for at beboerne skal dekke frokostbordet eks. tre faste dager i uken, klarer de i følge hennes utsagn. Dessverre merker hun det raskt at de klarer bare å holde på det en liten stund før de er tilbake i samme rutinene.

Hun sier: *jeg er sikker på at hadde vi hatt gode nok rutiner, så ville aktivitet vært plassert bedre inn i dagliglivets rutiner, enn hvordan det er pr. dags dato* (Inger).

Det kom fram fra alle informantene at hadde aktivitet vært forhåndsbestemt rutine, ville aktiviteten være gjennomførbar. En fastsatt rutine kunne for eksempel være at beboerne delte på å dekke frokostbordet noen dager i uken, slik Inger forteller om. Jeg vil tro at det vil være lettere for sykepleierne å forholde seg til fastsatte rutiner i hverdagen enn spontanitet. Da har både sykepleierne og beboerne noe å forholde seg til.

### 5.3.3 Felles tenking om forebygging

Hvordan oppfatter sykepleierne at deres syn på aktivitet kan være forebyggende? Som sykepleier har de et stort ansvar i jobben med å ivareta hver enkelte beboer. Og i sykepleieryrket ligger det forebyggende helsearbeid å styrke beboernes helse. Ness (1999) forteller at det er behov for forebyggende tenkning. For å oppnå dette må man ha et aktivitetsperspektiv på de eldre (ibid).

Anna mener klart at det er forebyggende å tenke aktiviteter. Hun refererer til å kunne gi beboerne en glede i hverdagen. Hun beskriver det slik:

*Ja, tenk, at jeg var ute med en beboer og skulle til øyelegen, og han var overlykkelig – tenk at han fikk kjøre bil! ”Tenk at jeg får se alt dette” sa han hele tiden. Han lovpriset sjåføren hele tiden, han var så lykkelig* (Anna).

To artikler som tar opp dette, er Hjort (2009) og Loland (2005) som fokuserer på sykehjemsbeboerens behov for bevegelse. Eksempler de trekker frem er at beboere i sykehjem har ubrukte ressurser og at sykehjemmet har et ansvar for å vedlikeholde og ivareta disse. Resultatene er basert på observasjoner av langtidsbeboere og ansatte samt samtaler og intervjuer med personalet. Pleierne kunne observere merkbare endringer som våkenhet, økt oppmerksomhet og tilfredshet hos beboere som hadde vært aktivisert.

Dette gjaldt også turer utenfor sykehjemmet. Konklusjonen viser at flere ansatte mener at fokus på bevegelse og deltagelse i aktiviteter både inne og ute med beboerne vil være av det positive slaget. Gjennom meningsfulle og selvrealiserende aktiviteter kan beboeren ta del i sykehjemshverdagen skriver Mæland (2005). Aktiviteter kan være kreative, lystbetonte, maktgivende og nødvendige fordi det forebyggende arbeidet handler om å styrke folks helse (ibid). Videre sier Ness (1999) at det er behov for forebyggende tenkning for å sikre aktivitet og deltagelse for eldre sykehjemsbeboere.

Forebygging i sykehjem kan være å redusere utvikling av sykdommer, psykososiale problemer eller ulykker, og dermed øke folkesunnheten. I forebyggende arbeid er risikofaktoren kjent som følge at beboeren har problemer, og man går direkte inn og forebygger (ibid. Forebygging kan deles opp slik Borg (2007) beskriver:

- Primær. Har som formål å hindre sykdom, psykososiale problemer eller at ulykker oppstår.
- Sekundær. Har som formål å oppspore og begrense sykdom og risikofaktorer så tidlig som mulig.
- Tertiær. Har som formål å "bremse" tilbakefall av sykdom, og forhindre utvikling av kroniske tilstander, slik som fysisk og psykisk funksjonsnedsettelse.

(Borg m/flere 2007 s.319-320)

Jeg vil også trekke inn Ness (1997) som beskriver følgende målsetninger innen forebyggende helse:

- Fremme aktiviteter og helse generelt med å ivareta og utvikle handlingsevne.
- Øke kunnskapen om sammenheng mellom helse, omgivelser og aktiviteter, slik at mennesket blir i stand til å påvirke eller øke kontrollen over sin egen helse.
- Bidra til et samfunn for alle.

Det er dermed et stort medansvar når det gjelder å legge føringer for hvordan man skal kunne tilby den enkelte beboer aktivitet. Dersom målsetningene kan realiseres, øker dette sannsynligheten til for at sykepleiere og beboere kan forebygge i hverdagen. Det kan sykepleierne gjøre gjennom å ta seg tid til å lytte til beboerens ønske, og deretter inkludere deres ønsker i hverdagen.

### 5.3.4 Pårørende som ressurs

Materialet viser at alle mine informanter trakk frem viktigheten av et godt samarbeid med pårørende fordi det er de som er linken til beboernes livshistorier. Pårørende sitter med verdifulle kunnskaper om beboeren, og kan bringe kunnskaper til sykepleieren med å skrive ”min historie” om beboeren. Da har sykehjemmet en historie hvis beboeren ikke kan redegjøre for hva han/henne ønske. Men dessverre er det slik at pårørende ikke alltid er til hjelp slik informantene skulle ønsket. Mange pårørende føler de har kjempet for sin mor eller far før dem fikk sykehjems plass, og er slitne. Det er da viktig, sier Inger: *”vi må ta hensyn til at de pårørende har følt et voldsomt press før de (beboeren) kom på sykehjem, og vi må vise forståelse dersom pårørende ikke innvillverer seg i beboerens hverdag ”*(Inger).

Noen informanter trakk frem at pårørende kunne vært mer aktive og vært flinkere med å ta sin mor eller far ut av avdelingen. Anna forteller at det er drøm når pårørende er en ressurs når tiden er for knapp for personellet. Men også informanter opplever at pårørende har det travelt. *”Av og til, blir jeg oppgitt når pårørende kommer, og de se vi har det travelt. Likevel spør de etter servering selv om kaffen og kjeksene står på serveringsbordet. Kunne de ikke isteden tatt beboeren med en tur på kafe? Alle har jo bil i dag”* (Anna).

Inger sier hun ser pårørende kommer i ulike varianter, slik som ektemann som er dårligere enn kona, eller døtre som er unge og har nok med egne barn. Men hun sier; *tenk om de bare kunne tatt dem med på en spasertur ut i korridoren? Tenkt hvor godt det hadde gjort dem [beboeren]* (Inger).

I denne forbindelse har Anna gjort seg noen refleksjoner til de pårørende. Hun ser at ved hennes tidligere arbeidsplass som lå utenfor bykjernen, var de pårørende mer aktive i forhold til å hente sine kjære hjem. Og ikke minst bringe sine pårørende ut av avdelingen og å gå tur med dem. I dag syns hun de pårørende er passive. De er slitne av egen jobb og snakker om tid de også. De sitter med sine kjære inne i dagligstuen eller på rommet, drikker kaffe og drar igjen. Anna skulle ønsket at de pårørende kunne tatt seg bedre tid. Dette er viktig for henne å få frem fordi *”de (pårørende) kunne ha brukt huset (sykehjemmet) mer når de kommer på besøk”*. Informantene synes at de pårørende kunne vært deltagende når de besøker sine pårørende. Det er ikke slik at de pårørende skal ta over ansvaret. Men informantene etterlyser at det er for deres del viktig at pårørende kan engasjere og nyttiggjøre seg slik at beboerne kan bli stimulert fra flere hold.



## 5.4 Sykepleiernes tanker om eldrebølgen

Statistikker i vår tid viser at andelen eldre mennesker i befolkningen øker. Utviklingen skyldes at levealderen øker og levevilkårene er bedre (SBB 2010). Hvordan og hvorfor befolkningsutviklingen går i bølger, ble først beskrevet og analysert av den norske folkelivsgranskeren Eilert Sundt (1817 – 1875). Når det i dag snakkes om ”eldrebølgen”, refereres det til en stadig større andel eldre. Det er slik at befolkningen går i bølger, og utviklingen blant yngre og eldre ikke alltid går hand i hand. Den første store ”eldrebølgen” Norge opplevde, var fra 1950 – 1990 (SBB 2010). Vi er nå inne i en periode der en ny bølge kommer inn, som vil vare fra 2010 – 2050. Demografene antar at når bølgen er over, vil antallet eldre i Norge være om lag en million, som trolig er 25 % av befolkningen (Nord, Eilertsen & Bjerkheim 2007 s.63).

Eldrebølgen skaper en utfordring i det norske helsevesenet, for hvordan skal man imøtekomme flertallets eldre i sykehjemmene? Dette er et tema mine informanter bekymrer seg for, både for hvordan de skal klare å ivareta beboerne på en god og omsorgsfull måte, og hvordan har systemet tenkt at det skal fungere? Tre av informantene svarte dette da jeg spurte om eldrebølgen var noe de hadde diskutert i sykehjemshverdagen:

*Ja klart vi har diskutert den [...] Men, jeg vet ikke liksom vi skal ta i mot den. Det er en hån mot de eldre, når aktivitetstilbudene er vanskelige i dag. Aktivitetstilbud bør økes i takt med et økende antall eldre beboere fordi det er direkte skammelig om det skal stå mellom pleie, økonomi og aktivitet(Anna).*

*Egentlig ikke vet jeg hvordan fremtiden vil fortone seg. Men det har jo vært mye fokus på at tiden og knappheten kjennes på kroppen vår, og hvis vi blir helt overkjørt, hvem vil da jobbe i sykehjem? Og hvem skal ta seg av de kommende eldre? (Nanna)*

Det er jo blitt prata oss i mellom hvordan vi skal kunne mestre hverdagen hvis vi blir pålagt flere arbeidsoppgaver, og jeg skjønner ikke politikerne hva dem tenker med når dem skal spare og kutte, og samtidig si at vi må være beredt til å ta i mot flere eldre? (Inger).

De overnevnte utsagnene sier noe om bekymringer sykepleierne har i forbindelse med å ivareta fremtidens eldre. Anna syns det er skammelig at kommunen velger kommuneøkonomi fremfor kvalitet i pleie. Hun har sterke meninger om temaet, og syns at det bare er blitt verre med årene.

Anna mener det er latterlig og en hån mot de eldre. Politikerne burde prioritert at beboerne ble bedre ivaretatt, de som har opplevd harde krigsår, jobbet hardt og vært med og bygd opp landet.

Nanna har bitt seg merke i at presset i hverdagen går utover kroppen. Sykepleierne blir slitne, og med flere og mer komplekse oppgaver vil sykehjem kanskje bli en arena der ingen til slutt vil jobbe? Inger på sin side har bekymringer for at politikerne bestemmer og pålegger flere oppgaver i en presset hverdag mens antallet beboere øker. Informantene har klare oppfatninger at sykepleiernes oppgaver ikke samsvarer med kommuneøkonomi og ivaretagelse av sykehjemsbeboerne. Dette kan indikere på at kommunale planer ikke tar hensyn til beboerens beste. Ut fra overnevnte utsagn, vil jeg fortsette temaet ”kallet”, eldrebølgen og fremtiden ut fra hva informantene trakk frem som viktig.

#### 5.4.1 ”Kallet”

Informant Inger antydte at synet på beboerne ville i forbindelse med eldrebølgen forandres fra beboere som passive deltagere til aktive bidragsytere av omsorgstjenester. Hun bekymrer seg for at hvis beboerne blir mer selvstendig, hvilken rolle har da sykepleierne i fremtiden? Her vil jeg derfor trekke inn ”kallet” til sykepleieren. Kallstanken er i følge Martinsen (2000) en naturlig del i de fleste beretninger om sykepleierens historie. Hun er en av teoretikerne som har studert kallet i norsk sykepleie. Martinsen hevder at de første faglærte sykepleierne så primært kallet som en kristen barmhjertighetsgjerning, der idealer om uegennyttighet, oppofrelse og lydighet stod sentralt (ibid).

Kallet fremstod som en drivkraft for å gå inn i og for å utøve sykepleie, og var forankret både i kristen tro og i det å være kvinne. Hos de første faglærte sykepleiere i Norge, diakonissene, var kalltanken sentral (Martinsen 2000). Jeg forstod det slik at statusen som sykepleier var viktig for mine informanter, men hvilken rolle ville sykepleieryrket ha i fremtiden hvis ikke ”kallet” lenger hadde en funksjon? Og baserer ”kallet” seg til å gjelde den faglige kunnskapen sykepleierne besitter?

Den faglige sykepleier skal være faglig dyktig (Martinsen 2003). Han/hun skal engasjere seg i pasientens situasjon uten og å overta pasienters evne til egenomsorg, Hvor ”flink” sykepleieren er, er kanskje basert på hvor oppmerksom hun er mot beboeren. Slik kunnskap kan læres, sier Martinsen (2005 s.148).

Hun mener at menneskekunnskap i liten grad kan tilegnes gjennom boklig lærdom, og at den største læringen skjer gjennom råd og vink fra arbeidskollegaer og gjennom læring (ibid). Slik jeg tolker Martinsen (2005) tar den faglærte yrkesutøveren faglige kunnskaper, prosedyrer og erfaringer med seg inn i vurderingen ved å sette det man "ser" i en sammenheng og omsette det i praktisk handling (ibid s.152). Martinsen viser til Løgstrup som hevder at opplysning handler om å se noe i sammenheng, å få det frem i lyset gjennom handling (Martinsen 2005). Hvilke kunnskaper sykepleieren besitter vises gjennom handlinger som sykepleieren iverksetter for å imøtekomme pasientens behov (ibid s.125). Kunnskap i handling består av oppmerksomhet, rutine og øvelse i tillegg til forståelse av det faglige og den sammenheng den inngår i (Molander 1996 s.237). Og kanskje det er dette som i fremtiden viser til "kallet" til sykepleierne? Det holder ikke lengre med å ha interesse for pasientene og tro at dette er en jobb man er født til.

Likevel vil det etter min mening være viktig å vise barmhjertelighet, å la seg berøre eller vise medlidenhet slik at man handler til beboerens beste. Det vil si at man ser på beboerens begrensinger og hjelper han eller henne i aktiviteter der han/hun trenger hjelp. Samtidig bør man snakke pent til beboeren og forklare hva man gjør. Her handler det om å møte beboeren ansikt til ansikt, vise empati og sette pris på vedkommenes egenverd som menneske. Hvis målet er å stille beboerne fortest mulig slik at flest mulig beboere kommer opp til frokost, hvor ligger da tilstedeværelsen.

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer er basert på FN's menneskerettighetserklæring. I retningslinjene står det at sykepleieren skal forholde seg til: *Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.*

(Utdannings – og forskningsdepartementet 2005).

I sammenheng med samfunnsutviklingen er det viktig for sykepleierne å oppdatere seg for å kunne utøve en god omsorg i sykehjemmet. Travelhet, få ansatte og trang kommuneøkonomi må likevel aldri bli en unnskyldning for dårlig kommunikasjon, manglende respekt og omsorg i møtet med pleietrengende pasienter. Utviklingen i fremtiden ville være skremmende hvis dette var tilfelle. Dette ser jeg se på i følgende avsnitt.

### 5.4.2 "Eldrebølgen"

I diskusjonen om å fremme helse, aktivitet og aktivitetsmuligheter, forebygge sykdom og aktivitetsproblemer, er det nærliggende å spørre: hvordan blir morgendagens eldre? En studie fra Madsen (2002) spør forfatteren om det "spiller en rolle" hvordan beboerne har det på sykehjem. Rapporten diskuterer forskjellen mellom nye og gamle sykehjem, og hvilke tilbud beboerne opplever som verdifulle. Det blir i tillegg sett på hvor forskjellige nye generasjoner eldre blir og på hvilke måter. Rapporten diskuterer at helsepersonell innen eldreomsorgen vil stå ovenfor nye utfordringer hvor flere grupper eldre blir mer heterogene. Vi får flere velutdannede individer med solid nettverk, kulturell kapital og mestringssevne, som har brukt internett og fremskaffet seg informasjon og oversikt over servicetilbud. Men vi får også flere individer med svak økonomisk, sosial og kulturell kapital (ibid) Resultater fra Madsen (2002) viser at verdier som konformitet, trygghet og tradisjon står sterkt, samtidig som disse verdiene kan endres som en følge av at nye generasjoner i økende grad prioriterer uavhengighet og selvstimulerende verdier. *Det er bevisst*, sier Horghagen (2007) ved et økende antall eldre i befolkningen vil det skape nye utfordringer og heterogenitet i vårt moderne samfunn (ibid s.205).

Sanna har gjort seg noen tanker om eldrebølgen. Hun ser at det begrenser seg hvor lenge det vil gå før sykehjemshverdagen må settes på politisk dagsorden igjen. Hun mener at fremtidens eldre må planlegge selv og å ta ansvar for sin egen alderdom. *I dag har man alt, men man burde tenke litt på fremtiden og planlegge før man blir eldre – hvordan man vil ha det?* (Sanna). Hun trekker frem at siden hun er en voksen dame og har lang livserfaring, har hun viktige erfaringer og mange faglige utviklinger som kommer til nytte i hennes arbeidshverdag. Men hun vet ikke om det vil være nok for å møte eldrebølgen.

Anna sier det slik: *Jeg hadde en annen grunnutdanning da jeg ble utdannet som sykepleier, og ser nå at jeg tenkte annerledes om ivaretagelse av beboere. Det var mer omsorg, og sykepleierne hadde høy respekt. Det var en aha – opplevelse å tenke tilbake på, for hvordan vi vil vår fremtid fortone seg heretter?* (Anna). Hun ser en sammenheng mellom å være sykepleier før og nå, og hun ser det fortsatt. Hun tok det som en bekreftelse at verden er i bevegelse og en rask utvikling som vi alle er en del av.

Anan sier som sykepleier vil hun og andre komme til å møte problemer på veien med å imøtekomme alle krav "det er som at samfunnet går i mot oss, forventer at vi skal klare mer og mer".

Hun har tenkt en del på ordet eldrebølgen. *Nå er det unge gamle vi møter i sykehjemshverdagen*, forteller hun. Hun syns det er skremmende hvor mange mennesker som knapt er fylt 50-60 år som blir rammet av Alzheimers eller slag. Som følge av det blir noen tidlige sykehjemsbeboere fordi de ikke kan bo hjemme”*så eldrebølgen er ikke slik at det er bare flere eldre som får sykehjems plass, men mange andre som opplever sykdom, slag og demens slik at de må på sykehjem*” (Anna).

I den sammenhengen kan hun ikke se hvordan man skal håndtere fremtidens eldrebølge. Anna forteller allerede i dag at det blir flere og flere reduserte syke beboere som bor lengre hjemme med hjemmetjenestetilbud. Når de da kommer på sykehjem, er flere blitt pleietrengende. *De som får sykehjems plass i dag, kommer ikke lenger i taxi, men ambulanse* (Anna).

### 5.4.3 Fremtiden

I følge flere studier er eldreomsorgen ikke en attraktiv jobb arena (Bergland & Lærum 2002 og Haug 2005). Årsakene som oppgis, er at det er kjedelig og et lite utfordrende arbeid. Fagmiljøet blir betegnet som lite og arbeidet oppleves som tungt (ibid). Jeg mener at de holdninger og oppfattelser ikke er korrekt plassert når jeg lytter til hva mine informanter forteller. Alle jeg har intervjuet, sier derimot at de har et positivt forhold til eldre mennesker og føler at å jobbe i sykehjem er flott. To av informantene beskriver det på denne måten:

*De eldre har en slik ro, og man kan sitte og prate. Mange har så mye og å fortelle, de husker tilbake til barndommen og hva de gjorde den gang. De viser takknemlighet, og får mitt hjerte til å varme* (Nanna).

*Det er flott å jobbe med eldre mennesker, de har masse livserfaring, og mange ganger ”skøyer” vi og har det så fint sammen. De eldre er med på å farge tilværelsen min* (Sanna).

Men Inger trekker frem at hverdagen kunne vært bedre for dem som jobbet der. Hun mener ledelsen burde tatt bedre vare på de ansatte som den ressursen de er, og ikke tatt det som en selvfølge at rutiner ble utført. Hun mener at økt fokus på de ansatte, se hva de utfører, og ros vil være en dør til en bedre hverdag og mindre sykemeldinger.

*Jeg tror det er utrolig mange som har ressurser, som går rundt og kan brukes, men dem forsvinner i mengden av andre ansatte* (Inger).

Hun mener at ledelsen bør fokusere på de ansatte. Hun mener fokuset må snus til å se hvilken kvalitet sykepleierne leverer, slik at sykehjemmet blir en attraktiv jobbarena.

Nanna har tanker for fremtiden, og hun sier det ser mørkt ut for helsevesenet. Det blir flere og flere eldre og færre hender som kan ivareta beboerne. Fremtidens eldre vil bo lengre hjemme og være langt dårligere når de får sykehjemsplass mener hun. Hun fortsetter: *skal vi som jobber i helsevesenet behandles som slaver med løfter om bedre forhold som stadig blir brutt?*

Anna ser på det som betenkelig med de innsparinger som praktiseres i dagens helsevesen. *Hvis ikke de ansatte blir ivaretatt på en god måte, vil eldreomsorgen bli et nedprioritert arbeidsområdet i fremtiden*, forteller hun. Hun har ingen planer om å skifte arbeidsplass, og vil fortsette og å arbeide innen eldreomsorgen. Hun ser det som viktig å møte kollegaer med samme ambisjoner og tilhørighet i gleden over å jobbe med eldre. Likevel er hun redd med dagens arbeidspress at fremtiden vil se mørk ut for henne. I en travel hverdag vil kanskje de fleste ansatte på et sykehjem veksle mellom ulike måter å tenke på. Informantene trakk frem gode øyeblikk som det positive i sykehjemshverdagen. Nanna forteller det slik:

*Når du står i stellet sammen med en beboer, eller hjelper til i en spisesituasjon, og "plutselig" kommer det bare, beboeren smiler, ser på deg. Jeg må også smile fra øre til øre, det er sånn glede. Det er de dager som lyser solskinn* (Nanna).

Anna forteller videre at det må endringer til i dagens sykehjemspolitikken for å kunne møte fremtidens eldre. Det må skiftes fokus på hva som er pleie, og hvordan man best mulig skal ivareta beboerne på en best mulig måte. Hun tror svaret kan ligge i at det satses bedre i eldreomsorgen med å øke antall ansatte, og gjøre det til en attraktiv arbeidsplass. Hun avslutter med å si: *jeg tenker det er en god start å begynne å se de eldre*.

Vi har alle visse grunnleggende menneskelige behov i en arbeidshverdag, eksempelvis med å bli sett, trygghet, sosial kontakt, identitet, selvrealisering, forståelse og etiske behov. Sykepleieren kan her med å fortelle om sin opplevelse, bekreftet hvor viktig det er at man ser hverandre i hverdagen. (Hansen 2002). Det blir slik Martinsen (2003) sier at *omsorgen og aktiviteten må komme til syne ved tilstedeværelse og ved barmhjertige handlinger i sykehjemshverdagen*.

## 6.0 REFLEKSJONER OG KONKLUSJON

Det som har vært sentralt i denne mastergradsoppgaven har vært å se på hvilke erfaringer og tanker sykepleiere har om og med aktivitet og aktivitetstilbud til beboere. Mitt materiale har ledet meg til og utforske hva som bør ligge til grunn for å styrke fokuset på aktivitetstilbud i sykehjemshverdagen. Jeg så det var viktig og stille spørsmål både med erfaring og med tanker. Med å stille forskerspørsmålet todelt, ønsket jeg å se hva sykepleierne hadde erfart gjennom kriteriet minst to års praksis. Og med å spørre om tanker, ønsket jeg deres synspunkter hva sykepleierne anså som betydningsfullt i aktivitet sammen med beboerne.

Innledningsvis trakk jeg frem tidligere forskning som jeg antok hadde relevans for min mastergradsoppgave. Blant annet ønsket jeg å se på funn fra andre studier som kunne fortelle om sykepleierens rolle hadde betydning for aktivitet, og om aktivitet ble benyttet som målrettet tiltak i sykehjemshverdagen. Mine funn kan sees parallelt med Bergland (2009) og Grove (2009) sine studier. Der visste studiene at sykepleierrollen hadde stor betydning for aktivitet og livskvalitet. I begge studiene ble det påpekt at sykepleierne ønsket mer tid sammen med beboeren for deltagelse. I tillegg viste studiene at gjennom planlegging og tilrettelegging for aktivitet i sykehjemshverdagen, ville beboerne bli bedre ivaretatt og inkludert samt at ansatte ble mer fornøyde. Her kan jeg se likhetstrekk fra egne funn.

Mitt første spørsmål i intervjuguiden var min problemstilling. Herfra tok jeg utgangspunkt for hvordan aktivitet ble resonert i forhold til rutiner, forebygging, pårørendes rolle og fremtidens eldre. I arbeidet med analysen at materialet var det flere tema som tydeliggjorde seg. Jeg jobbet mye med analysen for å fange opp hvilke tema som var fremtredende og hva som skilte seg ut. Under analyseringen var det vanskelig å få et helhetlig bilde av aktivitet, for flere momenter ble pekt ut av informantene som forstyrrende i deres visjon å tilby beboerne aktiviteter.

Det mest fremtredende som kom frem av analysearbeidet, var hvordan forholdene i sykehjemshverdagen utgjorde et faktum om beboerne fikk tilbud om aktivitet eller ikke. Dette påvirket sykepleierne under intervjuene. Jeg vil derfor trekke inn faktorer som ble brakt på banen, både positive og negative.

Utforskningen har ledet meg til at det er flere positive forutsetninger informantene ser for å kunne tilby beboeren aktivitet:

1) *Sykepleierne anser det som viktig å ha et årvåkent blikk for å kunne se beboeren i sykehjemshverdagen.*

2) *Sykepleierne mener de bør ha en forståelse for beboerens behov ut fra han/hennes forutsetninger.*

3) *Til sist anser sykepleierne det bør være en god dialog mellom sykepleier og beboer som en forutsetning for vellykket samarbeid og deltagelse i daglige aktiviteter.*

Informantene forteller at de gjennom sine *blikk* ser hva som er til beboerens beste og hvilke oppgaver beboeren kan selv delta i. Det fremkom som viktig å kunne bruke *blikket* til å bedømme hva beboeren selv kunne utføre i ulike handlinger, slik som i et morgenstell. Det å være tilstedet og ha et trenet blikk, ble ansett som viktig. Informantene kunne også med et *blikk* gjøre seg noen tanker for hva beboeren kunne delta i, slik som å delta i et stell der beboerne kunne bruke sine ferdigheter.

En forståelse fra beboernes ståsted ble ansett som viktig. Informantene mente beboerne burde få muligheter til deltagelse i sykehjemshverdagen selv om de kanskje ikke nevner det selv.

Eksempler er: ”å få lov til å stelle seg selv [...] få lov til å være en del av det som skjer rett og slett (Nanna). Eller: ”i forflytning er det viktig at beboerne deltar der de kan” (Inger).

Samtidig som sykepleierne la vekt på å bruke blikket og sin årvåkenhet som kilde for beboerens behov, anså de også at med dette blikket kunne de legge til rette slik at beboeren kunne delta for å bevare egne funksjoner.

Informantene så det som sin oppgave å være der for beboerne. Dette kom frem ved at gode dialoger og å vise omsorg ble sett på som viktig. Jeg vil sammenligne det med Molander som fremhever ”eksperten”. En sykepleier vil opparbeide seg kunnskaper gjennom samhandling med beboerne. Martinsen (2003) mener at sykepleieren gjennom omsorg og barmhjertighet handler hun til beboerens beste. Hun sier at her handler det om å møte beboerne ansikt til ansikt, vise empati og bevare egenverd som menneske, både gjennom omsorg og aktivitet. Disse kunnskapene er praktisk kunnskap som sykepleieren tilegner seg og som ikke står i noen lærebøker (ibid). Molander sier denne praktikerer, som her er en sykepleier, vet hva som vil være riktig og viktig omsorg for beboeren. Dette er den erfarne praktikerer, som anvender sine kunnskaper til beboerens beste (Molander 1996).



Informantenes negative erfaringer preget likevel deler av alle intervjuene. Tid og tidspresset ble trukket frem som negativt, og kom tydelig frem i analysearbeidet. Tiden ble satt i relasjon med hvordan tiden sammens med beboerne ble disponert, og at det i mindre grad var basert på beboernes egne ønsker. Sykepleiernes tanker påvirket intervjuene ved at de fortalte om et sykehjemssystem som opplevdes rigid. Systemet la ikke opp til tid sammens med beboerne, eller tilrettelegge for at beboeren skulle inkluderes i daglige aktiviteter.

Det var med det samme blikket som nevnt, mine informanter koblet det med mangel på tid sammens med beboerne. Informantene observerte i møte med beboerne hvordan enkle handlinger og utførelser kunne gjennomføres med litt hjelp, slik som å guide i stell. Men fordi tiden ikke strakk til til, endte det med informantene selv utførte store deler av stellet uten å be beboeren delta. Dette anså mine informanter som et dilemma i deres fagutøvelse, og det var daglige situasjoner som alle informantene reflekterte over.

Informantene har i denne studien sett at beboere ved sykehjem ikke alltid får tilbud som de har krav på. Informantene ser det er oppgaver som kunne vært løst på andre måter. Den praktiske håndteringen av sykehjemshverdagen kunne vært løst med at ledelsen tenkte mer på beboerne aktivitetstilbud og deltagelse enn økonomiske prinsipper. I tillegg er tid og rutiner unødvendige stressfaktorer. I intervjusituasjonene følte informantene at det var blitt mindre til aktivitet sammen med beboerne. Noen informanter trakk frem at de syntes det var mer aktivisering før i tiden. I nåtiden føler informantene at kravene er blitt større og beboerne blir den lidende part. Det kan tyde på at det har skjedd en endring i sykehjemshverdagen. Informantene antydte at fokuset på beboeren står på papirene, men samtidig følte de seg tvunget til å følge prinsippet med å få mest mulig for minst mulig. Slik som en informant sa: *"Fokuset er snudd fra omsorg til økonomi"* (Anna).

Med andre ord er det motsetninger her. Kommunen forventer at man skal ta hensyn til hva som er til beboerens beste i tillegg hva som kommer samfunnet til økonomisk nytte. Å være sykepleier for sykehjemsbeboere og yte aktivitet kan i denne sammenheng være vanskelig.

Jeg valgte å formulere et spørsmål i intervjuguiden (vedlegg 3) der jeg spør om informantene hadde rutiner for aktivitet. Alle informanter svarer nei på spørsmålet og begrunner det med at de daglige rutinene "sluker" tiden som kunne vært brukt på aktivitet. Her kom det frem at hadde sykehjemmet hatt klare rutiner for å ta hensyn til beboerne istedenfor å fokusere på tid, ville prioriteringene til sykepleierne sett annerledes ut. Tidsaspektet trekkes for øvrig frem ofte og ser ut til å være en gjenganger i svarene til mine forskerspørsmål.

Informantene uttalte videre slik faglig oppdatering og tid til refleksjon over fagutøvelse, var områder de ikke følte de ble ivaretatt i. Informantene trodde det ikke viljen til ledelsen det sto på, men kommuneøkonomien som satte begrensinger. Når økonomiske rammer og tidsspørsmålet trekkes frem gang på gang som en begrensing, er det et spørsmål om sykepleieren klarer å tenke aktivitet til beboerne i sykehjem. Etter hva jeg kan se evner faktisk informantene i denne oppgaven å tenke på begge deler i sykehjemshverdagen. Jeg vil trekke frem at Nanna, Sanna og Anna har under intervjusituasjonen fortalt om deres lange erfaring i eldreomsorgen. Jeg oppfatter betydning av aktivitet som viktig og de ser det er betydningsfullt for beboerne. Selv om noen informanter fortalte: ”det føltes ut som vi går tom av og til ” når det er mye å gjøre, så ser de hensikten med aktivitet og å la beboerne komme i fokus. Jeg forsto det også var for å sikre bo kvalitet.

Alle informantene jobbet ved ulike avdelinger, noen på somatisk og noen i skjermet enhet. Jeg har forsøkt å se tilbake på min empiri om det er holdepunkter og forskjeller fra hvilken avdeling informantene jobber i. Mine data gir ikke noe holdepunkt for å trekke entydige konklusjoner eller forskjeller ut fra hvilken avdeling de jobbet i. Men som jeg nevnte innledningsvis er det rammene de jobber under, som i dette tilfellet er sykehjemmets rammer, lik uansett. Det er disse rammene det videre arbeidet må ligge, i klare strukturerte rutiner som setter beboeren i fokus.

En ting som imidlertid kan sies ut fra mine data, var nå syntes informantene grensen var nådd fra hva de kunne klare og hvor effektiv de kunne bli. Og de savnet å ta vare på beboerne gjennom aktiviteter og ivaretagelse. Dette er funn som er viktig å bringe videre, slik som det fremkom av Bergland (2009) og Grove (2009) sine studier at sykepleierrollen hadde stor betydning for aktivitet og livskvalitet. Med tanke på fremtidens eldrebølge, bør disse resultatene bringes videre og gjerne på et høyere nivå.

## 7.0 AVSLUTNING

Jeg har undret meg før jeg igangsatte arbeidet med denne mastergradsoppgaven, hvordan det ville være å intervju sykepleiere istedenfor ergoterapeuter som meg selv. Det var en positiv opplevelse. Å forske i et annet fag enn der man selv har røtter, er utviklende og en åpenbaring for å forstå andre profesjoners arbeidsmåter. I løpet av tiden jeg har skrevet studien, har jeg fått en forståelse av jobben sykepleierne utfører i sykehjem. Jeg har også sett av sykepleiere både tenker og praktiserer aktivitet i sine handlinger og daglige gjøremål sammens med beboerne i begrepet omsorg. Dette kom tydelig til uttrykk i intervjuene. Likevel møtte jeg en frustrasjon fra informantene over en sykehjemshverdag som inneholdt et stramt tidsskjema og få muligheter til å legge til rette for beboerne, selv om det var et ønske.

Tidligere forskningen i sykehjem har i stor grad hatt fokuset på hvordan beboerne har følt det var å være sykehjemsbeboere, ut fra et beboers perspektiv. Det er derfor viktig å sette fokus på sykepleiere med henblikk på den viktige jobben de utfører og fokuserer på tilbudet til beboerne. Det er også viktig å gjøre nærmere empiriske studier av hvordan ansvarsoversvømmelser påvirker arbeidsdagen for sykepleierne, og hvordan fremtidens utfordringer skal imøtekommes.

Endringene og moderniseringen i helsevesenet, samt økonomiske rammer og tidsaspekt, fører til en motsetningsfylt hverdag. Dagens helsetjenester fordrer ferdigheter med å vandre mellom teori og virkelighet, modeller og oppskrifter, samtidig som man skal forankre og begrunne sine faglige handlinger. Videre skal arbeidet til en hver tid stå i forhold til hva lovgiverne har presentert, slik jeg presenterte innledningsvis gjennom stortingsmeldinger og kommunale planer. Flere ganger har jeg fått bekreftet at sykepleiernes jobb er viktig. De har kunnskaper om å se beboerne og praktiserer en omsorgsfilosofi der beboerne kommer i fokus. Jeg har også sett at forskning innen aktivitet og deltagelse gir tilbakemeldinger i stortingsmeldinger og kommunale planer. Veien videre i eldreomsorgen og sykehjem er lang.

Slik jeg nevnte innledningsvis antar man at det i år 2060 vil være 1.6 millioner mennesker over 67 år (SSB 2010). Med tanke på den store eldrebølgen er det svært viktig at man fokuserer på å ha et tilstrekkelig antall og kompetente ansatte i sykehjem. Jeg tror derfor det er viktig å forske videre på aktivitet og deltagelse sammen med beboerne og ikke minst på et bredere grunnlag enn hva jeg har gjort.

I alle helsefagene vil forskning stimulere til utvikling som fremmer ansvaret mellom den konkrete fagutøvelsen og den systematiserte og skriftlige utviklingen (Thornquist 2004). Det er derfor viktig at det fortsatt forskes på hvordan teori og praktisk kunnskap kommer til uttrykk i den praktiske ergoterapi og sykepleierutøvelsen når det gjelder aktivitet. Dette kan føre til økt forståelse for hvordan kunnskaper om aktivitet utvikler seg i møter med beboerne. I intervjuene og fortellingene fra hverdagen møter vi informantene. Det er gjennom dem jeg får informasjon for hvordan de erfarer og tenker om aktivitet. Jeg synes det er illustrerende for mine forskerspørsmål å la deres fortellinger fra intervjuene komme på trykk, når jeg setter inn eksempel fra det de har sagt inn i teksten. Det er en måte og formidle inntrykk og opplevelser. Det skaper ikke bare rom for å forstå hvordan arbeidet til en sykepleier kan være i en sykehjemshverdag, men gir også et bilde hvordan en sykehjemshverdag kan fortone seg.

Som et ledd i denne mastergradsoppgaven, har jeg tenkt å utforme en DVD om aktivitet i sykehjem. Det er skrevet flere aktivitetsbøker og ulike brosjyrer som gir tips og råd om aktivitet i sykehjem, men ingen DVD. Jeg har i denne mastergradsoppgaven notert og dannet meg flere ideer. Ut fra dette kunne jeg ha tenkt meg å lage en opplysningsfilm om ulike måter å tenke aktivitet på, til helsepersonell i sykehjem og andre bo – institusjoner. Filmen skal kortfattet gi opplysning om aktivitetens positive effekt og hvordan helsepersonell kan stimulere til deltagelse og ivareta beboere ut fra de ressurser de har. Målet er at filmen skal være opplysende for alle typer helsepersonell.

Når jeg valgte å forske på en annen yrkesgruppe enn min egen, var det en ting jeg måtte klargjøre. Jeg måtte lese meg opp i sykepleierteori, se hva faget vektla i møte med beboere og ikke minst ha en forståelse hva som var sykepleiernes grunnlag. Og det følte jeg gikk veldig bra. For mine informanter sa *”aktivitet er alt som skjer”*. Og nærmere faglig og hjemmekjært ergoterapeutisk enn dette kom jeg ikke.

## LITTERATURLISTE

Alvsvåg, H, et al.(2004). *Kunnskap, kropp og kultur*. (3.opplag).

Oslo: Gyldendal Forlag AS.

Bergland, Å., Lærum, H. (2009). *Hvem vil arbeide med eldre? En undersøkelse blant norske sykepleierstudenter*. *Vård I Norden*, 19 (3), 4 – 10.

Borg, T., Runge, U.,Tjørnov, J., Brandt, Å., & Madsen, M. (2007). *Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 2 Utg. 1 opplag. Munksgaard, København, DK.

Bownell, CA.(2008). *An intergenerational art program as a means to decrease passive Behaviors in patients with dementia*. *American Journal of Recreation Thereapy*.7 (3):5-12

Bruun, M & Sejerøe-Szatkowski, K. (2001). *Kultur og aktivitet*. (2.opplag). Danmark, Copenhagen, Munksgaard,

Dahlberg, K, Drew, N, Nyström, M. (2001) *Reflective life world research*. Kap. 3,4,5 (182-194,201- 211) Lund : studentlitteratur, Sweden.

Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget.

Delbaere, K. (2009). *Concern about falls elicits change in Gait Parameters in Conditions of Postural Treat in Older People*. *Journal of clinical Nursing*. Number 2 Pp (237-242).

Lastet ned 10 oktober 2009, Ofelas, Norat.

Engedal, K.(2006). *LÆREBOK demens, fakta og utfordringer*. Forlaget aldring og helse, Oslo.

Forskningsrapport (2006). *Funksjon og daglig aktivitet på sykehjem*. Søbstad sykehjem.

Trondheimstudien, en del av et norsk multisenterstudie, NTNU, Trondheim kommune.

Foss, B.(2002) *Pasienters behov viktigere enn rutiner*. *Sykepleien* 2002, 90 (18):35-39.

Kilde: [http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskrift\\_17.01.2010](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskrift_17.01.2010)

Granbo, R., & Helbostad,J.(2006). *Hvordan ivareta sykehjemsbeboerens behov for bevegelse?* *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 126 (15), 1934 – 1936.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

- Grove, G & Johannesen, A. & Korsbøen, T. & Werner, M. (2009) *Hvordan kan sykepleiere gjennom aktivitet fremme livskvalitet hos personer med demens på sykehjem?*  
Bachelor i sykepleie, Høgskolen i Buskerud, Drammen.
- Haggstrøm, E. (2009). A nine month intervention programmed focusing on empowerment.  
Caregivers description go changed behavior and increased room of acting.  
*Journal of Clinical Nursing*. (6): 866 – 73. 2009. Lastet ned 18.mars 2009.
- Handlingsplan for eldreomsorgen. (2007 – 2010). *Den gode omsorg*. Tromsø kommune.
- Hansen, Å. (2002). *Grunnleggende teorier og begreper i pleie og omsorgsarbeidet*.  
NKS Fjernundervisning (1.opplag 1994). Oslo: Trykk GCS AS.
- Haug, H.K. (2005). *Virksom kommunehelsetjeneste for den gamle*. In R. nord, G.  
Eilertsen & T. Bjerkreim (Eds), *Eldre i en brytningstid*. Oslo, Gyldendal Akademiske.
- Healey, L.G. (2009). Change nurse alerts: a tool for the new critical care nurse to exchange  
Communication, performance and safety. *Critical Care Nursing Clinics and North  
America*. Volum 19, Issue 4, (385 – 394).
- Helse – og Omsorgsdepartementet. (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas  
omsorgsutfordringer. St.Meld.25. Oslo.
- Hjort, P. (2002). Fysisk aktivitet og eldres år – gå på! *Tidsskrift for den norske lægeforening*,  
årg. 120, nr.24.(2). Oslo.
- Hjort, P. (2009). Fysisk aktivitet for eldre. *Tidsskrift for eldre*, hentet fra  
<http://www.eldreforeldre.no/content/view/396>. Lastet ned 23.02.2010
- Horghagen, S., Jacobsen, K., Ness, N.E. (2006) *Aktivitetsperspektiv på dugnad, deltagelse og  
dagligliv*. Tapir Akademiske Forlag, Trondheim Produksjonsservice.
- Horghagen, S., Sveen, U., Holm, J., Hageby, C., Hammervold, B., Reinsberg, S., et.al. (2007).  
*BESTE PRAKSIS i ergoterapi*. Oslo, Tapir Akademiske Forlag.
- Jacobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo – om teori og praksis i demensomsorgen på  
sykehjem*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Karolinussen, M. (1997) *Eldring, aldring og sykepleie*. Gyldendal Forlag, 4.opplag, Oslo.
- Kielhofner, G. (2001). *Ergoterapi – det begrepsmessige grundlag*. FADL's forlag. DK  
(Oversettelse fra Kielhofner, *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*, 1997).

- Kristoffersen, N.J.(2000). *Generell sykepleie 1*. Universitetsforlaget As, Oslo.
- Kvale, S.(2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utgave. Gyldendal Norsk Forlag.
- Lie, T (1988). Trenings – og korttidsopphold på sjukehem: erfaringer fra Sandnes kommune.
- Dokumentet er en del av [www.rogalandsforskning.no\(55\)](http://www.rogalandsforskning.no(55)). Lastet ned 7 august 2009.
- Loland, N.(2005). Fysisk aktivitet, selvbilde og eldre. Norges idrettshøyskole (3)
- <http://www.forskningsradet.no>. Lastet ned 25.januar 2010.
- Lykkeslet, E.(2001). *Eldre og medvirkning. Også eldre har sko som trykker*.
- Oslo: Kommuneforlaget(1-216).
- Madsen, C (2002). ”*Spiller det noen rolle? Om hverdagen på nye og gamle sykehjem*.
- Nr.4 – 2002. [www.rokkansentret .UIB.no](http://www.rokkansentret.uib.no).
- Malterud, K.(2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning; en innføring* (2.ed.).
- Universitetsforlaget AS, AIT Otta, Oslo.
- Martinsen, K.(2000). *Øyet og Kallet*. Bergen, Fagbokforlaget, 2.opplag.
- Martinsen, K. (2003). *OMSORG, SYKEPLEIE OG MEDISIN*. Historisk filosofiske
- Essays (1.utg.1989) Trykk AIT Otta: Universitetsforlaget 2.utgave.
- Martinsen, K.(2005). *Samtalen, Skjønnnet og evidensen*. Akribe forlag, Oslo.
- Molander, B.(1996). *Kunnskap i handling*. Daidalos AB, Göteborg.
- Mæland, J.(2005). *Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Ness, N.E.(1997). *Utgangspunktet for aktivitetsperspektivet*. Ergoterapeuten. Nr 13, (40
- årgang)1997, Norsk Ergoterapiforbund, Oslo.
- Ness, N.E (2002). *Ergoterapifagets aktivitetsperspektiv – et historisk blikk på ideer som påvirker faget*. Vedlegg i Ergoterapeuten nr.10/2002.
- Ness, N. E.(2003). *Helse gjennom aktivitet. Fagprofil og yrkesfunksjoner for ergoterapeuter*.
- Oslo: Norsk Ergoterapiforbund, Temahefte.
- Nord, R, Eilertsen, G, Bjerkheim, T.(2007). *Eldre i en brytningstid* (2.opplag).
- Gyldendal Norske Forlag AS.
- Norske Synonymer Blå ordbok.(2007). Kunnskapsforlaget, 3 utgave. H. Aschehoug Co.
- (W.Nygaard) A/S og Gyldendal ASA, Oslo
- Nortvedt, P(2008). *Sykepleiens grunnlag. Historie, fag og etikk*. Universitetsforlaget, Oslo.

- Nordvedt, P og Grimen, H (2004). *Sensibilitet og Refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori For helsefag*. Oslo, Gyldendal akademiske.
- Otterstad, H (2010). *Kvitter seg med sykehjem*. Hentet fra <http://sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter>. 22.01.2010.
- Paulgaard, G.(1997). *Feltarbeid i egen kultur, innenfra, utenfra eller begge deler?* Metodisk Feltarbeid. I: Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L. & Aase, T.H.( red.)Oslo: Universitetsforlaget (70-91).
- Polit, D, & Beck, C. (2008). *Nursing research – Generating and Assessing Evidence. Nursing practice*. 8 –the ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervju. Fra vitenskap til feltarbeid*. Tekstflyt AS. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Larvik.
- Salling, A.(1990). Stimulation af patienters aktivitet og udvikling. *Tidsskrift fra Dansk Sygeplejeråd. København, Odense Universitet (208)*.
- Solheim, K.(1990). *Omsorg for aldersdemente i institusjon*. Engers boktrykkeri A/S.
- Statistisk sentralbyrå, SSB (2010) Oslo. [http://www.sbb.no/vis/magasinet/norge\\_verden/art-2003-04-07.html](http://www.sbb.no/vis/magasinet/norge_verden/art-2003-04-07.html). Lastet ned 15 mars 2010.
- Steensen, S.(2006) *BEBOERNE. En dokumentar fra lille Tøyen sykehjem*. Spartacus, Oslo.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. Utgave, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thornquist, E.(2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen, fagbokforlaget.
- Thornquist, E.(2004). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. (3.opplag). Gyldendal Norsk forlag AS.
- Utdannings – og forskningsdepartementet. (2004). Rammeplan for ergoterapeututdanning. Utdannings – og forskningsdepartementet, Oslo.
- Utdannings – og forskningsdepartementet. (2005). Rammeplan for Sykepleierutdanning. Utdannings – og forskningsdepartementet, Oslo
- Waagø, K.Ø.(2003) *Aktivitet*. I Kristoffersen N.J (red.) Generell sykepleie 3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, opplag 6.



## **TIL SYKEPLEIER**

### **Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med mastergradsoppgaven:**

*Hvilke erfaringer og tanker har sykepleiere som arbeider i sykehjem om aktivitet og aktivitetstilbud for beboere?*

Som student ved Mastergradsstudiet i helsefag ved Universitetet i Tromsø, Avdeling for sykepleie og helsefag, skal jeg gjennomføre et forskningsprosjekt rettet mot sykepleiere. Prosjektet vil være min mastergradseksamen. Temaet er aktivitet og beboere på sykehjem. Jeg skal gjennomføre en intervjuundersøkelse knyttet til hvilke erfaringer og tanker sykepleiere har om beboeraktivitet og aktivitetstilbud i sykehjem. Med bakgrunn som ergoterapeut vil denne mastergradsoppgaven være grunnleggende preget av aktivitet.

Formålet med prosjektet er å få kjennskap til hvordan sykepleiere erfarer og tenker om aktivitet for beboere i sykehjem. Mitt langsiktige mål er at min mastergradsoppgave kan brukes i fremtidig planlegging av undervisning og strukturering for kanskje å integrere aktivitet som en del av den daglige pleien. Jeg ønsker også å skrive faglige artikler og holde innlegg på faglige møter basert på mitt mastergradsarbeid.

For å samle inn data som grunnlag for mastergradsoppgaven ønsker jeg å intervju 3-4 sykepleiere fra et sykehjem. Det er sykehjemets bo – gruppe koordinatorene som formidler og forespurter utvalget til meg. Grunnen til at du er forespurtert, er at du er ansatt og har et lengre ansettelsesforhold i sykehjemmet enn to år.

Jeg ønsker å intervju deg åpent om dine erfaringer og tanker omkring beboeraktivitet og aktivitetstilbud i sykehjem. Spørsmålene vil dreie seg om erfaringer og tanker du har gjort deg om aktivitet i sykehjemshverdagen. Jeg vil bruke digital båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen.

## VEDLEGG 1:1

Intervjuet med deg vil vare i ca.1 time og jeg vil selv skrive ut samtalen fra båndet. Jeg vil behandle alle data konfidensielt og det er kun jeg som har tilgang på de data som er utlevert til meg. Jeg har også taushetsplikt. Når mastergradsoppgaven er ferdig skrevet og godkjent, vil lydbåndene slettes. Innen den tid vil all data oppbevares i egen privat pc med sikkerhetskode som kun jeg har adgang til. Jeg vil også oppbevare intervjuene etter transkribering og notater som kan være personidentifiserbare i egen privat safe.

Jeg planlegger å avlegge eksamen våren 2010. Din deltagelse i mastergradsprosjektet er frivillig. Du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg uten at du trenger å gi en begrunnelse, dvs. før oppgaven er skrevet. De opplysninger som du har gitt meg og ditt navn, vil bli slettet.

Ansvarlig for dette prosjektet er jeg, og min veileder er Astrid Gramstad, PhD student ved Universitetet i Tromsø. Hun kan kontaktes via mail: [astrid.gramstad@uit.no](mailto:astrid.gramstad@uit.no), eller kontor: 77660621.

På forhånd vil jeg takke deg for at du er villig til å delta i mitt prosjekt. Jeg vil gjerne at du fyller ut vedlagte samtykkeerklæring i vedlagte konvolutt (ferdig frankert) og returnerer denne til meg innen en uke. Intervjuet vil bli utført i arbeidstiden din. Når jeg har mottatt samtykkeerklæringen vil jeg ta kontakt og avtale dato, tid og sted for intervjuet.

Med vennlig hilsen

Solrunn Annie Andreassen

Mastergradsstudent i helsefag ved Universitetet i Tromsø

Tlf: 90 55 04 54

Mail: [solrunn.andreassen@tromso.kommune.no](mailto:solrunn.andreassen@tromso.kommune.no)

**SAMTYKKE TIL DELTAGELSE I MASTERGRADSPROSJEKTET**

Jeg (skriv inn ditt navn her).....

Har lest igjennom informasjonsskriv og samtykker herved i å delta i mastergradsprosjektet. Det innebærer at jeg stiller meg disponibel til å møte mastergradsstudent Solrunn Andreassen til intervju og svarer på spørsmål om egne erfaringer og tanker om aktivitetstilbud for beboere i sykehjemshverdagen. Jeg samtykker at opplysningene jeg har gitt gjennom intervju, brukes i anonymisert form i masteroppgaven, samt faglige artikler og andre innlegg. Jeg forutsetter at gitte opplysninger blir forbeholdt taushetsplikten mastergradsstudent Solrunn Andreassen blir brukt på en etisk og forsvarlig måte.

Min deltagelse i prosjektet er frivillig og jeg mottar ingen lønn eller underlagt annen godtgjørelse for min deltagelse. Til sist er det som nevnt i informasjonsskrivet ingen plikt fra min side å oppgi noen grunn hvis jeg ønsker å trekke meg fra prosjektet. Dette vil også skje uten følger for meg eller min arbeidsplass. Alle opplysninger jeg i så fall har gitt vil automatisk bli slettet.

..... .den.....2009

Sted

.....

Signatur

.....

Kontaktadresse

.....

Mob

e-post

## **INTERVJUGUIDE**

Husk å takke for at informanten ville bidra 😊

Før intervjuet starter vil jeg fortell litt om:

- min bakgrunn
- bakgrunn for valg av tema og hensikten med intervjuet
- hvordan jeg tenker å gjennomføre intervjuet

**1) Kan du fortelle meg om dine tanker og erfaringer omkring aktivitet og aktivitetstilbudet til beboere i sykehjem/ på din avdeling?**

- Jeg ønsker at sykepleiere skal kunne si noe om aktivitet knyttet til dagliglivet i avdelingen. Viser det seg at det blir vanskelig for sykepleiere å snakke så åpent, vil jeg selv forsøke å konkretisere ved at jeg ber sykepleiere fortelle om erfaringer og tanker på aktivitetsområder. Da mener jeg områder slik som: måltider, personlig hygiene, av – og påkledning, bevisst bruk av tv og radio, reminisens, ulike kulturtilbud (andakt, bingo, film, bruk av sang og musikk etc.)

**2) Har dere noen rutiner for aktivitet?**

- Kan du fortelle litt mer om det? Og hvorfor akkurat blir lagt merke til?
- Eller personell som er flinke til å engasjere beboere?
- Er dere enige om å gjøre fellesaktiviteter?
- 

**3) Tenker du at aktivitet kan være forebyggende?**

**4) Hvordan ser du pårørendes rolle i forhold til aktiviteter?**

- Er aktivitet et etterspurt tilbud?

**5) Eldrebølgen – hvilke tanker gjør du deg om den?**

- Klarer man å tilby alle beboere et aktivitetstilbud?
- Ligger det spesielle utfordringer i forhold til personer med demenssykdom?
- Reformen og samhandling fokuserer på aktivitet, men oppnår man de målene?

**6) Hvis du ser på din arbeidsplass, er det noe du vil trekke frem som er positivt?**

**7) Til slutt, er det noe i forhold til det vi har snakket om som du ønsker å tilføye helt til slutt?**

Jeg vil takke deg så mye for at du har besvart mine spørsmål. Denne informasjonen du har gitt meg vil være til stor nytte i prosjektet og bidra til viktige opplysninger.

Takk skal du ha!



**UNIVERSITETET I OSLO**  
**DET MEDISINSKE FAKULTET**

Doktorgradsstipendiat Astrid Gramstad  
Universitetet i Tromsø  
9037 Tromsø

**Dato:**  
**Deres ref.:**  
**Vår ref.:** 2009/759-1

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk Sør-Øst D (REK Sør-Øst D)**  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 05 93  
Telefaks: 22 85 05 90

E-post: [j.m.middeltun@medisin.uio.no](mailto:j.m.middeltun@medisin.uio.no)  
Nettadresse:  
<http://helseforskningsetikk.no/sosnet/publig>

**Beboeraktivitet på sykehjem.**

Vi viser til søknad av 03.08.2009 om godkjenning av ovenfor nevnte prosjekt.

Prosjektleder er doktorgradsstipendiat Astrid Gramstad.

Forskningsansvarlig er Universitetet i Tromsø.

**Prosjekttema:**

*I prosjektet skal man undersøke sykepleieres erfaring med og tanker om aktivitet og utføring av dette for sykehjemspasienter. Fire sykepleiere skal intervjues.*

Etter søknaden fremstår ikke prosjektet som et medisinsk og/eller helsefaglig forskningsprosjekt. Man skal undersøke helsepersonells erfaringer og det skal ikke innhentes helseopplysninger. Prosjektet faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig jf. helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4 annet ledd.

Vi gjør oppmerksom på at eventuell innhenting av opplysninger til prosjektet kan være avhengig av at det innhentes samtykke, og at det for behandling av personopplysninger i prosjektet likevel kan være nødvendig med tillatelse fra Personvernombudet for forskning eller Datatilsynet. Det bør tas kontakt med henholdsvis Datatilsynet eller Personvernombudet for å avklare disse spørsmålene.

REK forutsetter for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av pasient-/helseopplysninger som gjelder ved den aktuelle forskningsansvarlige virksomhet.

**Vedtak:**

**Prosjektet faller utenfor retningslinjene for hva som skal behandles av REK.**

Vedtaket var enstemmig

Komiteenes vedtak etter Forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes

Vedlegg 4



Innsend Høringssaker post 20  
N-2007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 95 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.no: 085 321 884

Astrid Gramstad  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 29.09.2009

Vår ref: 22654 / 2 / BH

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.09.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22654	<i>Behovsaktivitet i sykehjem. Sykepleiers erfaringer og tanker omkring behovsaktivitet og aktivitetstilbud</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Astrid Gramstad
Student	Solrunn Annie Andreassen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemmet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 21.06.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Ingvald Bergan Hordvik

Kontaktperson: Ingvald Bergan Hordvik tlf: 55 58 32 32  
Vedlegg: Prosjektvurdering

Ansvarlig person / Contact Officer

OSLO: NSD, Universitet i Oslo, Postboks 1047 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 12 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 55 19 07. [lynne.kenwerdt@ntnu.no](mailto:lynne.kenwerdt@ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVS, Universitetet i Tromsø, 9017 Tromsø. Tel: +47 77 54 43 36. [indman@svs.uib.no](mailto:indman@svs.uib.no)